Aus dem Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
(Vorstand: Professor Dr. Hermann Merkel)

Über Halsschnittverletzungen bei Selbstmord und bei Tötung durch fremde Hand nach dem Material des Gerichtlich-medizinischen Institutes der Universität zu München, von 1918 bis 1938

(Mit einer Abbildung)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karlheinz Gutsche
aus Erlenbusch

München 1940
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Aus dem Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
(Vorstand: Professor Dr. Hermann Merkel)

Über Halsschnittverletzungen bei Selbstmord und bei Tötung durch fremde Hand nach dem Material des Gerichtlich-medizinischen Institutes der Universität zu München, von 1918 bis 1938

(Mit einer Abbildung)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karlheinz Gutsche
aus Erlenbusch

München 1940
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent:
Prof. Dr. H. Merkel

Tag der mündlichen Prüfung:
15. Juli 1940

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Es kann manchmal sehr schwierig werden, bei Halsschnittverletzungen im Einzelfalle zu entscheiden, ob Mord oder Selbstmord vorliegt, besonders in Fällen, wo kriminalistische Ermittlungen versagen. Dies zeigt besonders deutlich ein bemerkenswerter Fall aus dem Beobachtungsgut des Gerichtlich Medizinischen Institutes in München, der Veranlassung gewesen ist, sowohl die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen als auch diejenigen, die sich aus dem Material des Münchener Institutes ableiten ließen, kritisch zu überprüfen. Die Ergebnisse dieser Prüfung und die Schwierigkeiten, denen der Gutachter gegenübergestanden ist, sollen im folgenden abgehandelt werden.

Bevor ich mit Einzelheiten beginne, seien mir einige theoretische Vorbemerkungen erlaubt, die die Eigenschaften des zu behandelnden Stoffes sowie die der gerichtlichen Medizin überhaupt betreffen. Im großen ganzen habe ich mich dabei an *Zangger* gehalten. In der gerichtlichen Medizin wird der Mensch und das von ihm geschaffene Recht betrachtet, also etwas Lebendiges. Nach *Zangger* aber „tritt im Lebendigen neben die kausale Notwendigkeit des nicht Lebendigen noch die Idee, etwas Zukünftiges und Zweckvolles. Kausalität und Zahl sind nicht allein mehr die Grundlage des erfolgreichen Denkens ...". Wenn das richtig ist, dann kann es auf dem Gebiet des Lebendigen keine mathematischen Beweise geben; das heißt aber doch auch, daß es keine Sicherheit gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten — von der an Sicherheit bis zu der an Möglichkeit grenzenden — und Möglichkeiten; das bedeutet ferner, daß es keine vollständigen Lösungen geben kann, sondern notwendig nur annähernde; das bedeutet endlich, daß wir stets kasuistisch bleiben müssen und Allgemeines im strengen Sinne nicht aussagen können.

Das ist nun eine Reihe von wichtigen Folgerungen, deren Bedeutung für die Wahl der Methode wir uns erläutern müssen. Es gibt keine mathematischen Beweise, das heißt auch: wir können mit einer einzigen Methode nicht zum Ziel kommen. *Kipper* hat, um ein konkretes Beispiel zu nennen, gezeigt, daß man nach der

Beurteilung der Halsschnittwunde allein nicht zwischen Mord und Selbstmord entscheiden kann. Nach unseren Überlegungen ist jedes andere Ergebnis ja nicht richtig und wir werden deshalb von vorneherein nicht versuchen, mit einer einzigen Methode auszukommen. Wir haben es, wie gesagt, in der Hauptsache mit Wahrscheinlichkeiten zu tun. Der Weg aber, eine Wahrscheinlichkeit zu erhöhen ist der, möglichst viele Gesichtspunkte zur Beurteilung heranzuziehen und möglichst viele verschiedenartige Verfahren einzuschlagen. Damit sind wir aber zugleich auch vor die Frage gestellt: Wie sollen wir den Wert der einzelnen Verfahren bemessen? Hierbei möchte ich mich auf *Zangger* berufen, der schreibt: „Der Mediziner sucht vor allem die in der Körperwelt gegebenen naturwissenschaftlichen Kausalitäten als ständige und sicher wirkende Gesetzmäßigkeiten, die sich immer reproduzieren lassen. Er ist aber weiter gezwungen, neben den naturwissenschaftlich begründeten Methoden noch grob empirische Gesetzmäßigkeiten zur Synthese heranzuziehen, welche er bei vielen Fragen durch instinktives Übertragen der Erfahrung und durch Intuition noch ergänzen und wieder kontrollieren muß." Wenn das richtig ist und wir die Bewertung, die in diesen Sätzen ausgedrückt ist, anerkennen, dann sind für uns meßbare und experimentell darstellbare Dinge das Wichtigste. Daneben müssen wir auch die Erfahrung heranziehen, denn „es handelt sich auch meist im Gebiet des Lebendigen, speziell wenn der Mensch in eine Kausalreihe eintritt, nicht darum, daß er Kräfte aufwendet, sondern es handelt sich mehr um Wahlhandlung: die Wahl der Richtung, der Hemmung, der Ablenkung, der Beschleunigung. Der Beurteiler hat es hier seltener mit der Erkennung von rein zwangsläufigen Zusammenhängen zu tun, sondern öfter mit der Schätzung von Wahrscheinlichkeiten auf Grund der Einsicht und der Erfahrung". Damit ist aber auch ausgedrückt, daß sehr viel von der Persönlichkeit des Beurteilers abhängt.

Diese Überlegungen mögen reichlich theoretisch sein und des praktischen Wertes zu entbehren scheinen. Die Mehrzahl der Fälle von Halsschnittverletzungen liegt in der Tat ja auch so einfach, daß man aus der Art der Verletzung und der Summe der Nebenumstände brauchbare Entscheidungen treffen und den einen Fall als Mord, den anderen als Selbstmord bezeichnen kann. So ist es z. B. bei fast allen hier zu behandelnden Fällen. Wenn aber die Nebenumstände vieldeutig sind, wird man sich sehr genau mit der Beweiskraft aller Argumente für und wider befassen müssen und trotzdem wird es manchmal für den wenig Erfahrenen

unmöglich sein, sich zu entscheiden. So z. B. auch bei dem zum Schluß geschilderten Fall N. Einzelne Methoden, mögen sie richtig und gut begründet sein, sind dabei nur wie einzelne Mosaiksteinchen, die von der Hand des Erfahrenen zu einem Gesamtbild zusammengesetzt werden müssen.

Ich beginne nun mit der Darstellung der Fälle, bei denen Selbstmord sichergestellt ist, unter Berücksichtigung der Nebenumstände, soweit sie bekannt und von allgemeinem Interesse sind. Desgleichen verfahre ich bei den Fällen von Mord. Darnach wären allgemeine Betrachtungen und Vergleiche mit der einschlägigen Literatur anzustellen, schließlich der strittige Fall N. abzuhandeln.

I. Gruppe (Selbstmordfälle).

Fall 1. Gerichtliche Sektion Nr. 12 vom 11. 2. 1920.

Selbstmord mittels Rasiermessers.

Der 47jährige J. E. wird mit durchschnittenem Hals in seiner verschlossenen Wohnung im Bett liegend aufgefunden. Große Blutlachen finden sich im Bett, unmittelbar davor, wo auch das Rasiermesser lag, und in einer Entfernung von 2 m von der Bettkante. Sonstige Blutspuren sind nicht beschrieben, so daß keine Rückschlüsse möglich sind, wo und wie der Täter sich die Verletzung beigebracht hat Die beiden Hände sind stark mit Blut besudelt, aber frei von Schnittverletzungen.

Halsverletzung: Am Hals findet sich eine etwa horizontal gestellte, 6,5 cm lange und 5 cm klaffende Schnittwunde mit oben scharfem, unten schon etwas eingetrocknetem und eingerolltem Rand. Sie reicht an ihrem linken Winkel nur bis auf die Hülle der oberflächlichen Muskeln, senkt sich dann in die Tiefe und durchtrennt den linken Kopfnicker, die linke Halsblutader ganz, die linke Schlagader bis zur Hälfte und den Kehlkopf zwischen Kehldeckel und Schildknorpel. Die großen Halsgefäße rechts sind unversehrt. Der rechte Wundwinkel ist spitz auslaufend. Der Schnitt ist tief geführt und endet ohne Ausläufer. Oberhalb des linken Wundwinkels ist eine zweite Schnittwunde von ganz geringer Tiefe zu erkennen. Die linke Halsschlagader ist hier 3 mm oberhalb der tiefgehenden Verletzung oberflächlich angeritzt. Es sind Spuren von dreimaliger Schnittführung nachzuweisen. Die Schnitte sind von links nach rechts geführt. Der Mechanismus der Schnittführung entspricht den Ausführungen von *Canuto*, auf die ich später ausführlich zurückkommen werde. Der Schnitt oberhalb des linken Wundwinkels ist als „Probierschnitt" anzusehen.

Nebenverletzungen fehlen gänzlich.

Bei der Obduktion entleert sich aus dem Herzen keine freie Luft. In den Lungen ist infolge der Fäulnis eine Blutaspiration nicht mehr nachzuweisen. Als Todesursache wird Verblutung nach außen angenommen.

Anhaltspunkte für die Beurteilung der geistigen Persönlichkeit sind spärlich. Der Polizeiarzt gibt ohne nähere Begründung als nächste Veranlassung zum Selbstmord geistigen Defekt an. Vorstrafen hatte der Tote früher wegen groben Unfugs und Unterschlagung erhalten.

Fall 2. Gerichtliche Sektion Nr. 176 vom 13. 12. 1921.
Selbstmord mittels Rasiermessers.

Der 45jährige Metzgermeister G. F. wird rücklings auf einem Kälberschragen (muldenförmige Bank, die zum Schlachten der Kälber benutzt wird) in der Schlachtkammer liegend aufgefunden. Der Tote ist völlig entkleidet. Das Hemd findet sich daneben auf einem Regal. Kopf, Schultern und Arme hängen von der Stirnseite des Schragens herab. Auf dem Boden eine große Blutlache, dabei in der Nähe der rechten herabhängenden Hand ein Rasiermesser, das über und über mit Blut besudelt ist. Auch die Hände, besonders die rechte, sind blutbesudelt.

Halsverletzung: Am Hals findet sich eine im ganzen horizontal gestellte, leicht nach rechts unten geneigte, 9,5 cm lange und 4,2 cm klaffende Schnittwunde, die vom Rand des linken Kopfnickers bis auf die Mittellinie reicht. Die Wundränder sind scharf. In den linken Wundwinkel ragt zungenförmig ein 4 cm langer Hautfetzen hinein. Vom rechten Wundwinkel bis zum rechten Kopfnickermuskel führt ein zweiter 7,7 cm langer oberflächlicher Halsschnitt. Der Kehlkopf ist zwischen Schild- und Rippenknorpel scharf horizontal durchtrennt. Die linke Halsblutader ist ganz, die Schlagader zu zwei Drittel durchschnitten. Dem Wundbefund zufolge muß das Messer zweimal angesetzt worden sein. Ein Probierschnitt ist nicht zu erkennen, wenigstens im Protokoll nicht erwähnt.

Nebenverletzungen fehlen.

Die Obduktion ergibt keinen Anhaltspunkt für Luftembolie im Herzen. Eine Bluteinatmung in die Lungen hat hier nicht stattgefunden, da offenbar infolge der Lage der Leiche beim Selbstmord das Blut in großem Strahl vollkommen nach außen abgeflossen und sofort Bewußtlosigkeit eingetreten ist. Interessant ist auch, daß der Mann nach dem Sektionsbefund höchstwahrscheinlich eine in der Entwicklung begriffene Gehirnerweichung hatte. F. hatte schon seit langem, wie die Ehefrau ausführlich berichtete, Selbstmordgedanken geäußert. Er wird sowohl von den Laien seiner Umgebung als auch von Ärzten als „schwermütig" bezeichnet. Auch ein Bruder von ihm soll schwermütig sein.

Fall 3. Gerichtliche Sektion vom 11. 2. 1926.

Selbstmord mittels Rasiermessers.

Hierbei handelt es sich, wie Herr Professor Dr. *Merkel* (Zeitschrift für die ges. gerichtliche Medizin, Bd. 12, S. 143f.) nachgewiesen hat, um einen einwandfreien Selbstmord. Daher sei nur das im Rahmen dieser Arbeit Wichtige hier erwähnt.

Die 15 Jahre alte J. S. wird in der Ortschaft P. unweit des Hauses ihrer Eltern mit durchschnittenem Hals in der Nähe eines Gebüsches aufgefunden. Die Leiche liegt auf dem Rücken, ist völlig steifgefroren. Die Beine sind gespreizt. Beide Hände stark mit Blut besudelt. Aus dem linken Mundwinkel heraus läuft eine ganz schmale Blutstraße senkrecht neben dem Kinn herunter, die unmöglich in der jetzt eingenommenen Stellung der Leiche hatte zustande kommen können, sondern beweist, daß das Mädchen zur Zeit des Blutausfließens aus dem Munde sich mindestens mit dem Oberkörper und dem Kopf in senkrechter Stellung befunden haben mußte. Blutspritzer und -wischer finden sich auch an der Vorderseite der Kleidung, die jedoch nicht zusammenhängend blutgetränkt ist. In der Nähe liegt ein blutbesudeltes Rasiermesser. Die ganze Situation erweckte zunächst den Verdacht auf Lustmord.

Halsverletzung: Etwa horizontal über den Hals, leicht von rechts nach links geneigt, verläuft eine 11 cm lange, 5 cm breit klaffende Schnittwunde

mit scharfen Rändern. Der linke Wundwinkel ist spitz. In den rechten ragen zwei nebeneinanderliegende Hautzipfel. Etwa 1 cm darüber liegen drei seichte Hauteinschnitte. Die Wunde beginnt rechts in der senkrechten Ohrläppchenlinie mit einer Hautdurchtrennung, senkt sich dann schnell in die Tiefe und spaltet den rechten Kopfnicker zum größten Teil, die rechte große Halsblut- und -schlagader vollständig, den Kehldeckel und die vordere Speiseröhrenwand, läßt die linksseitigen großen Halsgefäße unverletzt, trennt die oberflächlichen Teile des linken Kopfnickers und die Haut bis zur Unterkieferwinkellinie.

Nebenverletzungen fehlen, insbesondere ist der Hymen intakt. Der rechte Daumen trägt einen Mullverband.

Die Obduktion der nach drei Wochen erst exhumierten, aber sehr gut erhaltenen Leiche ergibt Blutaspirationsherde in den Lungen, keine sicheren Anhaltspunkte für eine Lufteinschleppung in das Herz, Tod durch Verblutung nach außen im Zusammenwirken mit Erstickung durch Bluteinatmung.

Die Schnittrichtung verläuft diesmal von rechts nach links (!). Das Messer ist offenbar mit der linken Hand geführt worden. Die Tote war an sich Rechtshänderin, hatte sich aber in der letzten Zeit, laut Erhebungen (ärztliche Rechnung), den rechten Daumen verstaucht, was durch die Sektion auch bestätigt wurde. Das vielfache Ansetzen am rechten Wundrand (6—7mal) und die unsichere Schnittführung wären so zwanglos zu erklären.

Von ihren Verwandten wird sie als eigensinnig, in sich gekehrt und in Gedanken versunken geschildert. Auch soll sie leicht aufgeregt gewesen sein und öfter gelogen haben. Das Mädchen war mit ihrer kleinen Schwester länger als von den Eltern erlaubt auf dem Tanzboden ausgeblieben und deshalb vom Vater geohrfeigt worden. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Züchtigung bei dem affektlabilen Mädchen ein Motiv zum Selbstmord gewesen ist.

Fall 4. Gerichtliche Sektion vom 9. 8. 1929.

Selbstmord mittels Rasierklinge. (Giletteklinge.)

Dieser Fall ist näher von *Henke* (Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 1930, Bd. 15, S. 246f.) beschrieben worden.

Die 49 Jahre alte Ehefrau E. R. wird mit mehr als 50 Schnittverletzungen an Gesicht, Hals, Brust und Extremitäten tot an der Wand der nicht verschlossenen Kammer ihres Sohnes kauernd aufgefunden. Am Fußboden verwischte Blutlachen in großer Zahl, an den Wänden Blutflecke und Gruppen von Spritzern. Die Kleidung ist über und über blutbesudelt, ebenfalls beide Hände. Bei der späteren genauen Untersuchung findet sich in den Unterkleidern eine blanke Rasierklinge.

Halsverletzung: Auf der rechten Halsseite, etwa parallel zum Kopfnickermuskel, verlaufen mehrere, über 10 cm lange Schnitte, die Haut, Unterhautfettgewebe, oberflächliche Fasern des Kopfnickers und die äußere Drosselblutader durchtrennen. Die Schnittwunden links verlaufen mehr horizontal als die der rechten Seite und kreuzen den Kopfnicker im spitzen Winkel, reichen nur bis ins Unterhautfettgewebe und lassen die linke oberflächliche Halsvene unverletzt.

Nebenverletzungen: Insgesamt werden 55 Schnitte gezählt, im Gesicht, am Hals, auf der linken Brustseite, im oberen Teil der Mamma, mit Durchtrennung der Pleura parietalis und Abschneiden des 4. Rippenknorpels, am linken Arm längsverlaufend, am Handgelenk quer mit Durchtrennung der Arteria radialis, Durchschneidung mehrerer Sehnen und Eröffnung des Handgelenkes, an der rechten Hand mit Zerschnitzelung von Daumen und Zeige-

finger, Verletzung des Mittelfingers, an beiden Beinen längs verlaufend, parallel, die ganze Länge der Extremitäten einnehmend.

Die Sektion ergibt eine Luftembolie des Herzens.

Der Wundbefund läßt folgende Deutung zu: Der Selbstmord hat begonnen mit der Eröffnung der Pulsschlagader links und sich dann, als diese Maßnahme nicht zum Ziele führte, in sinnloser Zerfleischung solange fortgesetzt, bis die Luftembolie und der Blutverlust den Kreislauf zum Erliegen gebracht haben. Die Verlaufsrichtung der Halswunden ist für Selbstmord atypisch, weil links und rechts verschieden, läßt sich jedoch zwanglos durch das ungeeignete Instrument, eine blanke, zweischneidige Rasierapparatklinge, die schwer zu handhaben ist, erklären. Die Schnitte sind am ganzen Körper in Gruppen in sich parallel und so angelegt, daß sie den Bewegungsmöglichkeiten der rechten Hand entsprechen.

Die Tote hat sich sieben Jahre lang in Nervenheilanstalten befunden und früher schon öfter Selbstmordversuche unternommen. Sie war erst am 17. 6. 1929 mit der Diagnose „manisch-depressives Irresein" auf eigenen und ihres Gatten Wunsch gegen Revers entlassen worden. Der ganzen Situation und den Umständen nach war an Selbstmord kein Zweifel.

Fall 5. Gerichtliche Sektion Nr. 92 vom 27. 3. 1931.

Selbstmord durch Ertränken und Rasiermesserschnitt.

Die Leiche des 58jährigen G. N. wird im Wasser unter einer Brücke gefunden, auf der sich große Blutlachen befinden. Offenbar hatte er sich auf dieser Brücke die Schnittverletzung beigebracht, darnach das Messer fortgeworfen und war dann in das Wasser gesprungen.

Halsverletzung: Quer über die rechte Halsseite, von hinten oben nach vorne unten, parallel zum Kragenrand, läuft eine 18 cm lange, bis 5 cm klaffende Wunde. Die großen Gefäße des Halses sowie der Kehlkopf sind unverletzt. Durchtrennt sind nur die äußere Drosselblutader und die Arteria thyreoidea superior.

Nebenverletzungen fehlen.

Die Obduktion ergibt einen ausgesprochenen Ertrinkungsbefund beider Lungen. Besonders bemerkenswert ist eine senile Atrophie des Gehirns.

Die Umstände, vor allem auch die kombinierte Todesart durch Halsschnitt und Ertrinken, sprechen für Selbstmord. Der Schnitt ist offenbar von einem Linkshänder ausgeführt worden. Probierschnitte fehlen. Es ist nur einmalige Schnittführung nachzuweisen.

Seiner Frau waren in letzter Zeit sein merkwürdiges Verhalten und Äußerungen aufgefallen wie die, daß alles ja doch keinen Zweck habe. Seit langer Zeit war er schon sehr verschlossen und hatte auch keine Verbindung mehr zu seinen Familienangehörigen. Es wurden Notizen bei ihm gefunden wie „Eglfing, Eglfing . . . . konnte es euch ja doch nicht sagen". Der Tote selber sowie seine Kinder befanden sich in sehr geordneten finanziellen Verhältnissen, so daß Geldsorgen als Motiv ausscheiden. Er soll früher zu Gewalttaten geneigt und stark getrunken haben.

Fall 6. Gerichtliche Sektion Nr. 379 vom 28. 8. 1931.

Selbstmord mittels Schlächtermessers.

Die Leiche des 48jährigen J. W. wird in der verschlossenen Wohnung in einer Blutlache auf dem Boden liegend aufgefunden. Daneben lag ein blutbesudeltes Schlächtermesser. Genaueres, wie der Körper gelegen hat und vor

allem, in welcher Stellung die Verletzung stattgefunden hat, geht aus den Akten nicht hervor.

Halsverletzung: Auffallenderweise vertikal verläuft in der Medianlinie ein Schnitt, der bis auf die hintere Speiseröhrenwand reicht! Am oberen Wundrand finden sich zwei kleine Hautzacken, die Vorderwand der Speiseröhre ist doppelt durchtrennt, der Kehlkopf längs eröffnet, der Hauptteil des Schildknorpels durch zwei Schnitte gespalten. Die großen Halsgefäße sind intakt, eine kleine Arterie rechts ist durchtrennt.

An Nebenverletzungen finden sich an den Beugeseiten beider Handgelenke quere Einschnitte ohne Eröffnung der großen Gefäße.

Die Sektion ergibt eine hochgradige Bluteinatmung.

Aus der Art der Schnittführung, die für Selbstmord ungewöhnlich ist, ist ein mindestens zweimaliges, vielleicht sogar dreimaliges Ansetzen des Messers zu erkennen. Der Vorgang hat sich wahrscheinlich so abgespielt, daß der Tote zunächst versucht hat, sich die Pulsader zu eröffnen, dann das Messer in den Hals gestoßen und die Schneide nach abwärts gezogen hat.

Der Polizei war der Tote durch Diebstahl, Körperverletzung und Landstreicherei bekannt. Nach Zeugenaussagen soll er in letzter Zeit aufgefallen sein durch geringe Ansprechbarkeit, Vorsichhinstarren und Äußerung von Verfolgungsideen. Kurz vorher hatte er einen Totschlag begangen, so daß das Motiv zum Selbstmord Angst vor der Strafe gewesen sein dürfte.

Fall 7. Gerichtliche Sektion Nr. 434 vom 5. 12. 1934.

Selbstmord mittels Küchenmesser kombiniert mit CO-Vergiftung.

Die 60jährige Frau E. wird mit durchschnittenem Hals tot auf dem Fußboden der leuchtgaserfüllten verschlossenen Küche liegend aufgefunden. In der Nähe der Toten in einer Blutlache liegt ein scharfes, blutbesudeltes Küchenmesser. Beide Hände sind stark blutverschmiert. Nach den Blutspuren zu urteilen, ist die Verletzung im Stehen oder Sitzen beigebracht.

Halsverletzung: Quer über den Hals, leicht nach rechts ansteigend, läuft eine 10 cm lange, etwa 2 cm klaffende Schnittwunde mit scharfen Wundwinkeln und etwas gezähnelten Rändern. Sie beginnt auf der linken Seite flach, erreicht die großen Halsgefäße nicht, durchtrennt den Kehlkopf im Bereich der Stimmbänder so, daß der Schildknorpel treppenartig abgetragen ist, läßt auch die großen Gefäße rechterseits frei und endet scharf am Rand des rechten Kopfnickermuskels, der oberflächlich angeschnitten ist. An den Wundrändern und Wundwinkeln ist mehrmaliges Ansetzen des Messers nicht nachzuweisen. Nach der treppenartigen Durchschneidung des Kehlkopfes jedoch muß das Instrument mindestens zweimal geführt worden sein.

An Nebenverletzungen findet sich nur eine lappige Hautwunde am Grundglied des linken Zeigefingers.

Die Sektion ergibt als Todesursache Blutaspiration und CO-Vergiftung.

Psychologisch verwertbare Tatsachen waren nicht zu erheben.

Fall 8. Gerichtliche Sektion vom 28. 12. 1934.

Selbstmord mittels Schlächtermessers.

Die Leiche des 34jährigen Gastwirts J. G. liegt im Heimgarten in einer Kleintierstallung, mit dem Gesicht auf dem Boden. Die Arme liegen abgewinkelt unter dem Bauch. Die Blutbesudelungen sind nicht näher geschildert, im Polizeibericht heißt es wörtlich: „Den am Türstock befindlichen Blutspritzern nach hat der Verstorbene die Tat in knieender Stellung ausgeführt.

Nach dem Halsdurchschneiden hat er das Messer in eine 50 cm rechts befindliche Ecke gestellt, während der Körper nach vorne fiel."

Halsverletzung: Quer über den Hals, die medialen Ränder beider Kopfnicker durchtrennend, läuft eine 10 cm klaffende Schnittwunde mit scharfen Rändern und spitzen Wundwinkeln. Unterhalb des linken Wundwinkels, die Haut über dem Kopfnicker durchtrennend, zieht parallel zur großen Wunde eine etwa 3 cm lange Verletzung. In den rechten Wundwinkel ragt eine spitze Hautzacke hinein. Zungenbein und Kehldeckel sind vom Mundboden getrennt, die Hinterwand der Speiseröhre ist freigelegt. Die großen Schlagadern sind unversehrt, durchtrennt sind die äußeren, angeschnitten die linke innere Drosselblutader. Es liegen drei Schnittführungen vor, von denen der eine oberflächliche an der linken Halsseite wohl ein sogen. Probierschnitt ist, während die zwei anderen mit größerer Kraft geführt worden sind. Was den letzten anbetrifft, so ist zu vermuten, daß sich der Täter das Messer rechts in den Hals hineingestoßen hat und dann nach vorne durchgerissen, wie beim Abstechen eines Kalbes.

Nebenverletzungen fehlen.

Die Sektion ergibt Tod durch Luftembolie.

Seiner Frau gegenüber hat der Tote öfters von Selbstmord und von Familienmord gesprochen. Er soll angeblich durch den schlechten Geschäftsgang „schwermütig" geworden sein. Über den letzten Anlaß zum Selbstmord äußert sich der Bezirksarzt summarisch: „Vermögensverhältnisse ungünstig, Vorhandensein geistiger Störung wahrscheinlich".

Fall 9. Polizeibericht vom 12. 4. 1935.

Selbstmord mittels Taschenmessers und Rasiermessers.

Die Leiche des etwa 40jährigen M. H. wird auf einem blutbeschmierten Bett in seiner Wohnung gefunden. Sie ist bekleidet mit einem Hemd, das offen und an der Vorderseite völlig blutdurchdränkt ist, ferner mit Hosen und Socken. Vor dem Bett, in der Nähe des Nachtkästchens, das seitlich und oben Blutspritzer aufweist, befindet sich eine große Blutlache. Auf dem Tischchen liegen zwei Rasiermesser, von denen eines mit Blutkrusten bedeckt ist. Blutspuren, die von unbeschuhten Füßen herrühren, führen zum Spiegel, der ebenfalls blutbefleckt ist, sodaß wahrscheinlich die Schnittführung vor dem Spiegel kontrolliert worden ist.

Halsverletzung: Quer über den Hals verlaufen mehrere Schnittwunden, über deren Beschaffenheit und Tiefe sich mangels Unterlagen nichts Genaues aussagen läßt. Das Institut besitzt lediglich einige Diapositive (Nr. 17 bis 20).

Nebenverletzungen: An der Beugeseite beider Handgelenke befinden sich tiefgehende querverlaufende Schnitte. Ob die Pulsadern eröffnet sind, läßt sich nicht mehr feststellen. In der Herzgegend befinden sich mehrere Stichverletzungen; in der letzt beigebrachten steckt noch ein Klapptaschenmesser bis zum Heft hineingestoßen.

Ein Bericht über die Sektion liegt nicht vor.

Der Polizeibericht lautet wörtlich: „H. hat sich am 9. 4. 1935 in seiner Wohnung mit einem Rasiermesser zahlreiche Schnittverletzungen an beiden Halsseiten, im Gesicht und an beiden Pulsadern beigebracht und mit einem Taschenmesser mehrere Stiche in die Herzgegend versetzt, wobei ihm bei letzterem Stich das Messer im Körper stecken blieb. Er wurde durch den Rettungsdienst sterbend in die chirurgische Klinik eingeliefert".

Der Vorgang könnte sich so abgespielt haben, daß der Tote sich zunächst die Schnitte an den Handgelenken beigebracht hat, dann versucht hat, die

Halsgefäße zu eröffnen und schließlich, als sich kein Erfolg einstellte, ein zum Stechen geeignetes Taschenmesser gesucht und sich damit die Stichverletzung am Brustkorb zugefügt hat.

Der begutachtende Arzt schreibt: „H. trug den Stempel der Geisteskrankheit an sich." Nach einer Schilddrüsenoperation war er ständig kränklich und nicht mehr arbeitsfähig. Auch soll er im letzten Jahr stark getrunken haben.

Fall 10. Gerichtliche Sektion Nr. 221 vom 12. 6. 1936.

Selbstmord mittels Stiletts.

Die Leiche der 41jährigen C. W. liegt in leicht zusammengekrümmter Stellung mit dem Gesicht nach unten quer über das Fußende des stark mit Blut durchtränkten und übersprengten Bettes. Der Körper ist völlig blutbesudelt. Die Hände ohne Verletzungen. Von der linken Hand wird noch ein Tafelmesser festgehalten. Zwischen den Beinen liegt ein blutbesudelter Knicker, der anscheinend der rechten Hand entglitten ist. Der Fußboden zeigt blutige Fußstapfen. Auf dem Küchentisch liegt ein Wandspiegel, der Blutspuren aufweist. Blutbeschmiert sind auch der Fensterrahmen und der Vorhang.

Halsverletzung: Vollkommen horizontal über den Hals verläuft eine 8,5 cm lange und 5 cm breit klaffende Schnittwunde mit scharfen Rändern. Sie erreicht am rechten Wundwinkel die Halsschlagader nicht, durchtrennt die Luftröhre unterhalb des Kehlkopfes, die Speiseröhre, den linken Lappen der Schilddrüse, die großen Gefäße und die tiefe Muskulatur des Halses links und ritzt den 7. Halswirbelkörper auf seiner linken Seite noch an. Unterhalb des rechten Wundwinkels ist ein scharfer, aber seichter Hautschnitt zu erkennen. Dem Urteil des Sekanten zufolge sind zwei Schnittführungen notwendig gewesen und zwar soll der Schnitt von links nach rechts geführt worden sein. Mit dieser Annahme steht allerdings in Widerspruch, daß sich der „Probierschnitt" auf der rechten Seite befindet und daß die Wunde ihre größte Tiefe auf der linken Seite hat. Möglich wäre auch, daß die Frau beidhändig gearbeitet hat und daß sich die Schnitte z. T. überdecken.

Nebenverletzungen an Händen usw. fehlen.

Die Obduktion ergibt als Todesursache Bluteinatmung in die Lungen.

Eine Geistesstörung, und zwar Schizophrenie, war bei der Verstorbenen bereits klinisch festgestellt gewesen. Wegen dieser Erkrankung war auch eine Sterilisation vorgenommen worden. Die nächste Veranlassung zum Selbstmord soll Furcht vor der Bestrafung wegen Diebstahls und vor der bevorstehenden Ehescheidung wegen Untreue ihrerseits gewesen sein.

Fall 11. Gerichtliche Sektion Nr. 127 vom 18. 3. 1938.

Selbstmord mittels Taschenmessers.

Der 35jährige Hilfsarbeiter J. E. wird tot, am ganzen Körper blutbesudelt, im Bett liegend aufgefunden. In seiner Nähe liegt ein blutiges Taschenmesser.

Halsverletzung: Auf beiden Seiten des Halses, 4 cm unterhalb des Ohrläppchens, verläuft je eine etwa 7 cm lange Schnittwunde, die beide Kopfnicker nahezu vollkommen durchtrennt hat. Links sind die großen Gefäße unversehrt, während rechts die Vena jugularis externa und die Arteria carotis externa durchschnitten sind. Es ist also offenbar das Taschenmesser auf beiden Seiten eingestochen und nach vorne gezogen worden, eine Schnittführung, die für Selbstmord ganz ungewöhnlich ist.

Nebenverletzung: An der Beugeseite des linken Handgelenks findet sich eine querverlaufende Schnittwunde ohne Durchtrennung der Beugesehnen und

der großen Gefäße, sodaß offenbar auch in diesem Falle der Halsverletzung ein erfolgloser Versuch der Durchtrennung der Pulsader vorangegangen ist.

Die Sektion ergibt als Todesursache Verblutung nach außen. Luftembolie und Bluteinatmung finden sich nicht.

Als Motiv zur Tat werden ein Nierenleiden und Zwistigkeiten mit der Ehefrau angegeben. Anhaltspunkte für die Beurteilung der geistigen Persönlichkeit sind nirgends zu finden.

Fall 12. Übungssektion Nr. 252 vom 17. 6. 1938.

Selbstmord mittels Taschenmessers.

Die Leiche des 45jährigen Buchdruckers J. S. liegt auf dem Rücken in einer Blutlache auf dem Boden des abgesperrten Abortes der Arbeitsstelle. Die Arme sind in Brusthöhe gekreuzt. Die Wände des Innenraums sind stark blutbespritzt, so daß die Durchschneidung des Halses wahrscheinlich im Stehen stattgefunden hat.

Halsverletzung: Quer über den Hals läuft eine 15 cm lange, breit klaffende Wunde, 3 cm links vom Schildknorpelvorsprung beginnend, nach rechts ansteigend, bis etwa 4 cm senkrecht unterhalb des rechten Ohrläppchens. Der Schildknorpel ist mit mindestens fünf Schnitten quer durchtrennt und liegt frei in der Wunde zutage. Die rechte Vena jugularis ist durchschnitten, alle übrigen großen Halsgefäße sind unversehrt. Das Instrument, ein zusammenklappbares Taschenmesser, steckt noch bis zum Heft in der Wunde. Probierschnitte fehlen.

Nebenverletzungen: An der Beugeseite beider Handgelenke findet sich je eine etwa 6 cm lange Schnittwunde, die rechts nur die Haut, links auch die Sehne des M. palmaris longus durchtrennt.

Die Obduktion ergibt als Todesursache Erstickung im Blut. In allen Lungenabschnitten finden sich Blutaspirationsherde. In der Speiseröhre und im Magen sind größere Blutmengen.

Als nächste Veranlassung zum Selbstmord wird politische Denunziation angenommen (früher Kommunist). Angaben, nach denen man sich ein Bild über die Psyche des Mannes machen könnte, sind nicht vorhanden.

Ich schließe nunmehr die Reihe dieser zwölf sichergestellten Selbstmordfälle, um ihnen eine kleinere Reihe von Tötungen durch dritte Hand mittels Halsschnittverletzungen gegenüberzustellen.

II. Gruppe (Mordfälle)

Fall 1. Gerichtliche Sektion vom 15. 7. 1919.

Mord mit einem feststehenden Messer.

Die 37jährige Ehefrau M. B. wird mit durchschnittenem Hals, nur mit Hemd und Nachtjacke bekleidet, ausgestreckt auf dem Bauch liegend, am Boden ihres Schlafzimmers gefunden. Der Oberkörper liegt in einer großen, geronnenen Blutlache, der Kopf gegen die Ausgangstüre hin. Die Hände sind unter der Brust gekreuzt. Die rechte Hand ist zur Faust verkrampft, von der linken waren Zeige- und Mittelfinger ausgestreckt. Am hellgescheuerten Fußboden sind mehrere Kratzer, offenbar von Stiefelspitzen herrührend, die auf einen Kampf schließen lassen. Der Täter trat außerdem in das Blut der Ermordeten und hinterließ Fußspuren, die in der Stube herum und auch zum

Fenster führten. Man kann also schließen, daß der Täter am Fenster sich zu vergewissern suchte, ob er beobachtet worden ist. Bei der Durchsuchung des Raumes fanden sich eine Messerscheide und ein blutiger Handschuh, den der Täter bei der Ausübung seiner Tat getragen haben mußte.

Halsverletzung: Den Hals umgreift in seinem ganzen vorderen Umfang eine sehr breite klaffende Schnittwunde, deren oberer, dicht am Unterkiefer entlang führender Rand 18 cm mißt. Sie beginnt rechts zweifingerbreit unterhalb des Warzenfortsatzes, trennt den rechten Kopfnickermuskel zu zwei Drittel durch und endet links 5 cm unterhalb des Ohrläppchens am Rande des Kopfnickers, ohne ihn selbst mehr zu verletzen. Die obere Wundfläche wird vom Zungengrund gebildet, während der muskulöse Mundboden z. T. getrennt am unteren Wundlappen hängt. In diesem unteren Wundlappen sind außerdem Zungenbein, Kehldeckel und Kehlkopf sichtbar. Diese Organe befinden sich in normaler Beziehung zueinander und sind bis auf das Zungenbein, von dessen linkem Rand durch Schnitt ein kleines Stück entfernt ist, völlig erhalten. Die linke Halsschlagader der Leiche ist in der oberen Wundfläche als ein zurückgezogener Stumpf quer durchtrennt sichtbar, während die rechte nur angeschnitten ist. Die Speiseröhre ist völlig, d. h. auch an der Hinterwand durchtrennt und hat sich nach oben und unten zurückgezogen, sodaß die von Muskeln und Bändern noch bedeckte Wirbelsäule freiliegt. Auf diesem Wundgrund finden sich deutlich drei parallel zueinander verlaufende Schnittverletzungen, die unterste 8 mm lang, die mittlere, 1 cm darüberliegend, 1 cm lang, die dritte oberste, 2 mm höher gesetzt, 1,6 cm lang. Die sehnigen Bänder an der Vorderfläche der Wirbelsäule sind noch z. T. durchtrennt. Dem Wundbefund zufolge sind mindestens drei Schnitte durch den Hals geführt worden.

Nebenverletzungen sind in Form von Schnitten und Stichen, Hautabschürfungen und ausgesprochenen Abwehrverletzungen als Zeichen des Kampfes zahlreich: Über der rechten Schienbeinkante eine Hautabschürfung, über der rechten Kniescheibe und an der Innenseite des rechten Kniegelenkes fleckförmige, etwa zehnpfennigstückgroße Blutungen ins Unterhautfettgewebe. Hautabschürfungen an der Außenseite des rechten Kniegelenkes könnten beim Umdrehen der Leiche entstanden sein. Zahlreiche Schnitt- und Stichverletzungen an beiden Händen, links ausgedehnter als rechts; an der linken Schulter, etwa 5 cm vom Schulterkopf entfernt, eine 1,5 cm lange, 0,6 cm breite, scharfrandige elliptische Verletzung, deren innerer Rand etwas gequetscht und bläulich ist; zahlreiche Hautabschürfungen an der rechten Halsseite und im Gesicht; an der Stirne etwa in der Medianlinie, eine 4 cm lange, 0,5 cm klaffende Wunde, die bis auf den Knochen reicht und an der Lamina interna eine Fissur zeigt.

Die Obduktion ergibt eine Luftansaugung in das Herz. Eine Bluteinatmung in die Lungen hat nicht stattgefunden. Auch in Kehlkopf, Trachea und den großen Bronchien ist nirgends Blut zu entdecken. Der Tod ist erfolgt durch Luftembolie und Verblutung nach außen.

Die Abwehrverletzungen an den Händen sowie auch die Blutaustritte an den Knieen und die Abschürfungen an der rechten Halsseite und im Gesicht sowie die Kratzspuren am Holzfußboden weisen auf einen stattgehabten Kampf hin. Die drei bis auf die Wirbelsäule reichenden Schnitte und das Fehlen des Messers beweisen allein schon die Tötung durch dritte Hand. Mord ist durch die polizeilichen Erhebungen und das Geständnis des Ehegatten erwiesen. Der als Täter in Betracht kommende Freund, den der Ehemann zur Tötung angestiftet hatte, ging flüchtig und wurde nie entdeckt. Der Ehemann wurde zum Tode verurteilt und erschossen.

Fall 2. Gerichtliche Sektion vom 23. 9. 1919.

Lustmord? Täter unbekannt.

Die Leiche der 42jährigen Ehefrau G. V. liegt vollkommen nackt, versteckt in einem Gebüsch, mit abgeschnittenem Kopf und mit in Nabelhöhe durchtrenntem Rumpf so da, daß die Beine unter den Armen des auf dem Rücken liegenden Rumpfes hindurchgehen und der Kopf auf dem Bauch zwischen den Oberschenkeln liegt. Blutspuren sind nicht mehr festzustellen.

Halsverletzung: Auf der rechten Halsseite befindet sich 4 cm unterhalb des Ohrmuschelansatzes eine 2,5 cm lange, 1,5 cm klaffende, scharfrandige, horizontal gestellte Verletzung, die stark in die Tiefe geht. Zweifingerbreit nach hinten rückwärts verläuft eine Schnittwunde gleicher Art. Direkt unter dem Kinn, parallel zum Unterkieferrand, zieht eine weit klaffende, 14 cm lange, scharfrandige Schnittwunde, die bis in die Mundhöhle hineinreicht. Unterhalb des unteren Wundrandes befinden sich drei weitere, nahe aneinanderliegende, 1,5—3,5 cm lange, scharfrandige Schnitte, die jeweils mehrere Zentimeter in die Tiefe reichen. 4 cm unter dem linken Ohrmuschelansatz geht eine scharfrandige Stichverletzung trichterförmig in die Tiefe und nach vorne.

Nebenverletzungen finden sich — es handelt sich nach der Zerstückelung der Leiche und den Verletzungen an den Geschlechtsorganen offensichtlich um einen Lustmord — in großer Zahl.

Durch die Obduktion der bereits faulig veränderten Leiche ließ sich weder eine Luftembolie noch eine Bluteinatmung mehr feststellen. Der Tod ist offenbar eingetreten durch Verblutung nach außen infolge einer großen Anzahl von Stich- und Schnittverletzungen des Halses. Die weiteren Zerstückelungsverletzungen sind wahrscheinlich erst nach eingetretenem Tod gesetzt worden.

Der Vorgang hat sich wahrscheinlich so abgespielt, daß zuerst die Halsstiche und -schnitte beigebracht, und darauf die Halsorgane durchtrennt worden sind. Daß kein Selbstmord vorliegen kann, geht aus den sicher postmortalen Verletzungen, der Zerstückelung der Leiche mit voller Eindeutigkeit hervor. Da der Täter unbekannt geblieben ist, ist über den Vorgang der Ermordung selber nichts Sicheres bekannt.

Fall 3. Gerichtliche Sektion vom 13. 6. 1921.

Mord mit dem Militärseitengewehr des Mannes.

Das 2jährige Kind M. B. wird, noch lebend, mit durchschnittenem Hals in seiner Bettstatt aufgefunden. Der Tod ist einige Tage später in der chirurgischen Klinik erfolgt. Die Mutter, die die Tat begangen hat, hat einen Suicidversuch verübt.

Halsverletzung: Den Hals überquert horizontal eine 6 cm lange Schnittwunde mit unregelmäßigen Rändern, von denen der obere etwas eingerollt, der untere gezackt und von dem wulstig hervorquellenden Unterhautfett etwas zurückgedrängt ist. Rechts läuft die Wunde in zwei Winkel aus, die sich noch in eine kurze Schnittspur fortsetzen; links führt eine Schnittspur vom Ohr bis in den Wundwinkel. Vom unteren Wundrand gehen verschiedene bogenförmige Schnitte, nur flach die Oberhaut trennend, teils nach rechts, teils nach links. Die vom Kinn zum Zungenbein ziehende Muskulatur ist vollkommen durchtrennt. Der Schildknorpel zeigt einen queren, ziemlich seichten Einschnitt. Die großen Gefäße des Halses sind unversehrt.

Nebenverletzung: Es finden sich mehrere Schnittverletzungen an der Beugeseite der linken Hand.

Bei der Obduktion finden sich in den Lungen nirgends Spuren von Bluteinatmung. Die Luftröhre und ihre Äste sind völlig mit dickem, eitrigem

Schleim erfüllt. Der Tod ist eingetreten infolge eines starken schleimig-eitrigen Katarrhs der Luftwege, der durch die Eröffnung des Kehlkopfes verursacht ist.

Die Hauptwunde ist durch zwei Schnitte verursacht; daneben finden sich noch Spuren von mindestens viermaligem Ansetzen.

Tötung durch dritte Hand ist hierbei sowohl durch die Umstände (Alter des Kindes, Abwehrverletzungen, Auffinden des Militärdolches) als auch durch das Geständnis der Mutter, die angab, in momentaner Geistesverwirrung gehandelt zu haben, erwiesen.

Fall 4. Gerichtliche Sektion Nr. 166 vom 17. 12. 1923.

Mord mit feststehendem Messer.

Der 51jährige Uhrmacher S. H. wird tot auf dem Rücken in einer Blutlache liegend in seiner Wohnung aufgefunden. Eine ganze Reihe von Spuren deuten auf Kampf hin; zudem fehlen verschiedene Wertgegenstände, so daß offenbar ein Raubmord vorliegt.

Halsverletzung: Auf der linken Halsseite verläuft, von links oben nach rechts unten geneigt, eine 10 cm lange, 5,5 cm klaffende Schnittwunde mit scharfem oberen und eine Zacke aufweisendem unteren Rand. Sie beginnt in der Mitte des linken Kopfnickers mit einem scharfen Winkel und reicht mit ihrem rechten unregelmäßig begrenzten Wundwinkel, in den ein dornförmiger Gewebslappen hineinragt, bis 2 cm über die Medianlinie. Die großen Halsgefäße links sind vollkommen durchtrennt, die linke Hälfte des Schildknorpels ist freigelegt und durch einen kleinen Stichkanal verletzt.

Die Wunde könnte durch zwei Schnitte und zwei Stiche entstanden sein, oder so, daß mehrere Male eingestochen und das Messer nach vorne durchgerissen worden ist.

Nebenverletzungen: Im Bereich des linken großen Brustmuskels finden sich mehrere Stichwunden, die z. T. bis in den Brustraum reichen. Der Kopf weist mehrere Quetschwunden auf, das Schädeldach Splitterbrüche der inneren Tafel, auch die Schädelbasis ist mehrfach gebrochen. An den Händen finden sich keine Abwehrverletzungen.

Die Obduktion ergibt keine Bluteinatmungsherde in den Lungen und keine Luftansaugung in das Herz. Im linken Brustraum sind 400 ccm Blut. Der linke Oberlappen ist verletzt. Der Tod ist eingetreten durch Verblutung nach außen und nach der linken Brusthöhle.

Der Polizei ist es gelungen, die beiden Mörder zu ermitteln, die dann auch gestanden haben. Danach hat sich der Vorgang so abgespielt, daß, während der eine den Uhrmacher veranlaßte, Uhren zum Verkauf vorzulegen, der andere ihm von hinten mit einem Hammer die Schädeldecke zertrümmerte. Dann hat der erste ihm mehrere Stiche in die linke Brustseite versetzt und die Halsverletzungen beigebracht. Der eine Täter wurde zum Tode verurteilt und hingerichtet, der andere, noch jugendliche, erhielt eine mehrjährige Gefängnisstrafe.

Fall 5.

Mord mittels feststehenden Mssers.

Einen kriminalistisch bedeutsamen und in diesem Rahmen darum so bemerkenswerten Fall, weil allein aus der Halsschnittverletzung ein Mord erkannt werden konnte, hat Herr Professor *Merkel* veröffentlicht (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1928, 12, S. 137f.). Das hier wichtige führe ich an: „Man fand am 17. 10. 1927 im Walde bei Walperts-

kirchen die in fortschreitender Verwesung befindlichen Reste einer Frauensperson, die nach späteren Erhebungen als die 28jährige Dienstmagd M. D. festgestellt wurde. Die Leichenreste lagen im dicken Waldgestrüpp, die Weichteile und die Bandverbindungen zwischen den Gelenken waren fast vollkommen zerstört und nur an der Wirbelsäule fanden sich noch einzelne Reste der derben vorderen Längsbänder. Die inneren Organe waren vollständig, vermutlich durch Tierfraß, zerstört. Für die Frage, seit wann die Leiche im Walde lag, gab uns die Tatsache einen Fingerzeig, daß der dicke Wollmantel (Flauschmantel) der Person von Wurzelgeflecht schon vollkommen durchwachsen war. Die ganzen Leichenreste, mitsamt der Unterlage, wurden sofort in das Gerichtlich-Medizinische Institut gebracht, und dort, in Gegenwart der Gerichtskommission, genauestens untersucht." Bei der Untersuchung der durchgesproßten Würzelchen und Triebe der Waldbodenflora durch einen Fachbotaniker wurde festgestellt, daß diese ein Alter von sicher $1^1/_2$ Jahren aufwiesen, so daß die Leiche etwa seit Ostern 1926 am Fundort gelegen haben konnte. Das ungefähre Alter der Leiche selbst wurde auf das 24.—30. Lebensjahr festgesetzt, da nach Aufsägung der Oberarmknochen an der früheren Wachstumsgrenze keine Knochenleisten mehr zu erkennen waren und das Gebiß keine stärkere Kauabnützung aufwies.

Bei der Skelettierung fehlte zunächst der 3. Halswirbel, der später in der schmierigen Substanz des Rückens gefunden wurde. Nach Abbürsten fanden sich an der Vorderfläche und der rechten Seite des Wirbelkörpers fünf deutliche, feine Messerschnittspuren, die dicht beieinander lagen. Es ließen sich zwei Gruppen von Schnitten unterscheiden; die obere umfaßte drei parallel zueinander verlaufende, seichte, kurze Schnitte, die horizontal von der rechten Seite bis etwa zur Mitte der Wirbelkörper führten, die untere zwei zueinander parallel verlaufende, tiefere, längere Schnitte, die schräg von der rechten nach der linken Halsseite der Leiche aufstiegen. Am Querfortsatz des 4. Halswirbels war ein Einschnitt, der offenbar auch zu einem der tieferen Schnitte gehörte. Nicht im Zusammenhang mit den beiden eben erwähnten Gruppen von Schnitten standen Verletzungen an der Außenseite der Querfortsätze des 4. und 5. Halswirbels.

Da bei Selbstmord mehrere bis auf die Halswirbelsäule reichende Schnitte niemals vorkommen, wurde auf Mord geschlossen. Die Tote zu identifizieren gelang einwandfrei an Kleidungsstücken, am Alter und an dem Umstand, daß seit Ostern 1926 die Dienstmagd M. D. vermißt wurde. Es lag nahe, ihren ehemaligen Geliebten, der daraufhin rasch festgestellt werden konnte, ausfindig zu machen und zu verhaften, der dann auch sofort die Tat gestand. Dabei fanden die Schnittspuren ihre Aufklärung. Der Mörder hatte in der Dämmerung seine Geliebte in den Wald bestellt, ihr einen Messerstich in die Halsseite beigebracht, wobei die Verletzungen an der Außenseite der Querfortsätze des 4. und 5. Halswirbels entstanden sind und dann bei dem Lichte einer Taschenlampe (!) den Hals gründlich durchschnitten, wovon die zahlreichen Schnittspuren an der Vorderseite des 3. Halswirbelkörpers herrühren.

Fall 6. Gerichtliche Sektion Nr. 143 vom 20. 5. 1933.

Mord durch Stilettverletzung und Leuchtgasvergiftung.

Die Leiche der 47jährigen V. R. liegt, mit dem Gesicht auf dem Boden, in einer großen Blutlache, den Kopf in der Richtung nach der Gangtüre ihrer Wohnung. Die Ermordete hatte sich anscheinend zum Ausgehen fertig angezogen gehabt. Bei der nach rechts vorne ausgestreckten Hand lag ein Bund

Schlüssel. Ein blutiges Messer, ein neues Stilett, befand sich auf einem hinter der Türe stehenden Tisch. Blutige Fußspuren führten in die Küche.

Halsverletzung: Quer über die linke Hals- und Nackenseite, schräg von innen unten nach außen oben, am inneren Rand des Schulterblattes beginnend, nach vorne bis in die Gegend des Schildknorpels reichend, zieht eine Schnittverletzung mit zackigen Rändern. Probierschnitte fehlen. Der Kehlkopf ist zwischen Schildknorpel und Zungenbein durchtrennt, die Speiseröhre nur leicht angeschnitten. Sämtliche großen Halsgefäße der linken Seite sind verletzt. Die Wirbelsäule zeigt links seitlich tiefe Einkerbungen.

Nebenverletzungen: Eine glattrandige Schnittverletzung findet sich an der rechten Stirnseite und über dem linken Schulterblatt, mehrere parallele Schnitte verlaufen am linken Unterarm und an der Innenseite des Mittelfingers der rechten Hand. Es dürfte sich bei ihnen wohl um Abwehrverletzungen handeln.

Die Obduktion ergibt als Todesursache Verblutung nach außen.

Aus den polizeilichen Ermittlungen geht einwandfrei hervor, daß die Verstorbene von ihrem Ehemann, mit dem sie lange in Streit gestanden und eine unglückliche Ehe geführt hatte, ermordet worden war. Der Täter selbst hat sich nach der Tat mit Gas vergiftet.

Nach Anführung dieser insgesamt 18 Fälle von Halsschnittverletzungen wären diese nun von verschiedenen Gesichtspunkten aus zu betrachten, um festzustellen, ob sich irgendwelche Besonderheiten bei der einen oder anderen Gruppe von Fällen ergeben, die für die Differenzialdiagnose wichtig werden können. Der Einwand, das Material sei zu wenig umfangreich, um Allgemeines aussagen oder statistische Angaben machen zu können, trifft nicht zu, da derartiges nicht erstrebt wird, weil, wie ich in der Einleitung ausgeführt habe, Allgemeines im strengen Sinne nicht ausgesagt werden kann. Es handelt sich vielmehr um Kasuistik im weiteren Sinne, um Vergleiche der Fälle untereinander und mit der einschlägigen Literatur.

Wichtig für die Beurteilung eines fraglichen Mordfalles ist zunächst der Befund am Tatort. Für Mord sprechen in erster Linie Kampfspuren in allen ihren mannigfaltigen, von Fall zu Fall wechselnden Formen, auf die nicht näher eingegangen werden soll; ferner wird man auf Mord schließen dürfen, wenn das Messer am Tatort fehlt, was in vier von unseren sechs Mordfällen zutraf (Fall 1, 2, 4, 5), während das Instrument nur in einem der zwölf Selbstmordfälle nicht zu finden war (Fall 5). Hier hatte sich der Täter auf dem Geländer einer Brücke den Halsschnitt beigebracht und war dann ins Wasser gesprungen. Große Bedeutung für den Nachweis von Mord haben auch alle Abwehrverletzungen, die man als Kampfspuren am Verletzten selbst bezeichnen kann. Dazu gehören nicht nur die Abwehrverletzungen an den Händen, aktive (offensive) und passive (defensive), die entstehen, wenn

die Hand nach dem schneidenden Instrument greift, oder schützend vor den Hals gehalten wird, sondern auch alle Wunden, die gesetzt werden, wenn andere Glieder oder Körperteile den Schnitt abwehren, also Wunden an den Unterarmen, am Kinn, wenn es zum Schutze auf die Brust gebeugt wurde und am Unterkieferrand. So lief z. B. in Mordfall 1 und 2 ein Schnitt direkt am Unterkieferrand entlang. Bei allen Ermordeten, mit Ausnahme von Fall 5, wo der Fäulniszustand der Leiche dies festzustellen nicht mehr zuließ, sind solche Abwehrverletzungen zu erkennen; die Entscheidung ist bei ihnen also nicht schwer, ebenso wie in Fällen, wo andere Kampfspuren, wie Hautabschürfungen, zerrissene Kleider, Kratzspuren am Fußboden u. ä. vorhanden sind. Schwieriger wird die Entscheidung schon, wenn alle derartigen Spuren fehlen, sei es, daß das Opfer überrumpelt wurde, oder aus sonstigen Gründen sich nicht ausreichend wehren konnte.

Auch wenn sich Fluchtbewegungen noch feststellen lassen, wird man an Mord denken müssen. Jedoch ist darnach allein eine Entscheidung wohl schwer zu treffen. Im Mordfall 1 und 6 z. B. lag die Leiche so auf dem Bauch, daß der Kopf gegen die Ausgangstüre gerichtet war. Die Absicht zu fliehen ist wohl vorhanden gewesen.

Bei Selbstmord werden die Spuren größte Beweiskraft haben, aus denen am klarsten die Absicht hervorgeht, das Leben zu beenden, wobei man allerdings bedenken muß, daß sie u. U. vom Mörder absichtlich erzeugt werden können, um den Verdacht in andere Richtung zu lenken. So wird bei den sogenannten Kombinationsverletzungen Selbstmord sehr wahrscheinlich sein. Von den vorliegenden zwölf Selbstmordfällen weisen sieben neben dem Halsschnitt noch andere Verletzungen auf (Fall 4 Schnitte an Armen, Beinen, Brust, Handgelenken; Fall 5 Ertränken; Fall 6 Schnitte an den Handgelenken; Fall 7 Leuchtgasvergiftung; Fall 9 Schnitte an den Handgelenken, Stiche in die Brust; Fall 11 Schnitt am linken Handgelenk; Fall 12 Schnitte an den Handgelenken und vorausgegangener Selbsterdrosselungsversuch). Eine Selbstmordabsicht geht auch klar aus den Vorkehrungen für eine ungestörte Ausübung der Tat hervor, und auch das trifft beim vorliegenden Material in sieben von zwölf Fällen zu. Fall 4, 6, 7, 11 und 12 haben in von innen verschlossenen Räumen stattgefunden, in Fall 2 und 8 sind Räume gewählt worden, in die um diese Tageszeit erfahrungsgemäß niemand hinkam. Schließlich verrät auch die Kontrolle des Halsschnittes vor dem Spiegel (Blutstropfen und -spritzer an demselben, Fingerabdrücke) eindeutig die Selbstmordabsicht

(Fall 9 und 10). Es bleiben somit nur noch zwei Fälle, bei denen die Absicht, einen Selbstmord zu begehen, nicht ohne weiteres aus Umständen und Spuren zu erschließen war. Wir müssen also zu ihrer Beurteilung noch andere Gesichtspunkte heranziehen.

Was die Körperhaltung anbetrifft, so scheint für die Ausführung des Halsschnittes die aufrechte die natürlichste und zweckmäßigste zu sein. Dies bestätigt ja auch die Erfahrung. Zu den Ausführungen, die *Haberda* in seinem Lehrbuch macht: „Der Schnitt wird im Stehen, mitunter vor einem Spiegel, oder im Sitzen, gewiß nur ganz ausnahmsweise im Liegen geführt", bietet unser Material insofern Ergänzungen, als zwei Selbstmörder die Kehle sich im Knien durchschnitten haben; der eine, Fall 3, ist von Herrn Professor *Merkel* ausführlich behandelt worden (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 1928, 12, S. 137 f.); für den anderen, Fall 7, trifft nach den Angaben der Polizei dasselbe zu. Ein einziger, nämlich unser Fall 2, hat sicher im Liegen auf dem Rücken stattgefunden. Wenn also die aufrechte Körperhaltung die natürlichste für Selbstmord durch Halsschnitt ist, so bedürfen Abweichungen davon besonderer Begründung. Diese ist im letzten Fall tatsächlich durch die Geisteskrankheit gegeben. Die völlige Nacktheit und die Selbstabmetzelung auf der Schlachtbank könnten auf Versündigungsideen deuten.

Ein natürliches Bewegungsschema wird auch der Schnittführung selbst zu Grunde liegen und deshalb werden die Schnitte parallel verlaufen überall da, wo keine Hindernisse zur Richtungsänderung zwingen. Das trifft also zu für Selbstmord, aber freilich auch für Tötung durch fremde Hand, wenn die Gegenwehr fehlt. So ist bei dem vorliegenden Material in sechs Selbstmordfällen (1, 2, 3, 4, 8 und 10) und in drei Mordfällen (1, 2 und 5) Parallelität der mehrfachen Schnittführung vorhanden gewesen; sie allein berechtigt also nicht zu irgendwelchen Schlüssen.

Auch aus der Lokalisation wird man gewisse Schlüsse ziehen können. Finden sich die Schnitte nur am Vorderhals zwischen den beiden Kopfnickermuskeln, dann spricht das für Selbstmord, da sich der laienhafte Selbstmörder meistens nur vorne am Hals herumsäbelt und selten wie ein Metzger das Messer am Nacken ansetzt und die Klinge durch den ganzen Hals hindurchzieht. Bei neun von unseren zwölf Selbstmordfällen waren die Schnitte am Vorderhals gelegen, nur bei Fall 5 war der Schnitt am Nacken angesetzt, Fall 4 und 11 wiesen atypische Lokalisation auf; dagegen war nur bei zwei Mordfällen das Wundgebiet auf den Vorderhals beschränkt.

In einzelnen Fällen kann es von Bedeutung sein zu wissen, in welcher Richtung der Schnitt geführt wurde. *Canuto* hat geglaubt, daß man bei langen Halsschnittwunden aus der Länge der Ausläufer an den Enden der Schnitte die Richtung ablesen kann. Bisher herrschte die Anschauung, daß bei Halsverletzungen der Ausläufer am Ende des Schnittes länger sei als am Beginn. Das umgekehrte ist, so behauptet er, der Fall ... „Der Grund für die eigenartige Anordnung der Ausläufer ist in der Form des Halses selbst zu suchen. Der Hals besitzt nämlich in jener Gegend, wo naturgemäß der Angriffspunkt für das schneidende Instrument liegt, eine beinahe cylindrische Form und mithin einen beinahe kreisförmigen Querschnitt. Beobachtet man nun die Bewegung des Werkzeuges, während es die Wunde setzt, so kann man sehen, wie das Werkzeug sich auf jener Stelle, wo der Schnitt beginnt, in beinahe tangentialer Richtung zur Haut befindet, also so angesetzt erscheint, daß unter diesen Umständen ein langer Ausläufer zustande kommen muß. Dann fährt das Instrument um den Hals herum, wobei es mehr oder weniger tief in das Gewebe eindringt, auf der anderen Seite des Halses jedoch eine der Ausgangsstelle entsprechende Lage nicht einnehmen kann — es müßte denn die das Instrument umklammernde Hand hinten am Nacken angesetzt werden. So kommt es, daß das Instrument, während es sich zu Beginn des Schnittes in beinahe tangentialer Richtung zur Haut befindet, beim Verlassen der Wunde beinahe senkrecht steht; die Chancen für die Bildung eines langen Ausläufers sind mithin ungünstig“ ... *Canuto* folgert auf Grund seiner Beobachtungen: „1. In Wunden von beträchtlicher Länge, die von einer Halsseite auf die andere übergreifen, ist der Ausläufer des Beginnes des Schnittes im allgemeinen länger als der Ausläufer des Schnittendes“; 2. bei kurzen Verletzungen, die am Vorderhals oder nur auf einer Seite des Halses liegen, sind die Ausläufer gleich lang, oder am Ende des Schnittes deutlich länger.

Im allgemeinen wird der Schnitt bei rechtshändigen Selbstmördern von links nach rechts verlaufen, wie es sich auch in fünf Fällen (Selbstmord 1, 2, 4, 7 und 8) sicher nachweisen ließ. In zwei Fällen (im Selbstmord 3 handelte es sich um ein Mädchen, dessen rechte Hand zufällig gebrauchsunfähig war, im Fall 5 um einen Linkshänder) war die Verlaufsrichtung umgekehrt. In Fall 10 ist vermutlich beidhändig gearbeitet worden. Bei den verbleibenden vier Fällen läßt sich nichts Sicheres aussagen.

Betrachtungen der Anzahl und Tiefe der Schnitte sowie der Lage der Blutspuren am Ort des Geschehens machen zunächst Über-

legungen über die Handlungsfähigkeit und die Schmerzempfindung notwendig. Was allgemein für die Handlungsfähigkeit bei Halsverletzungen gilt, ist im Handbuch der Unfallheilkunde von *König-Magnus,* Band 4, S. 247 so dargestellt: „Nach wenigen Minuten wird der Tod das klinische Bild ablösen, hervorgerufen durch Verblutung, Erstickung, Hirnschädigung, Luftembolie". Daß die Handlungsfähigkeit noch einige Zeit erhalten bleibt, scheint ganz einleuchtend für die Fälle, bei denen die großen Halsgefäße (Venen und Arterien) nicht eröffnet sind. Bei Verletzung der Carotiden jedoch, ist öfter blitzartiger Bewußtseinsverlust und Tod beschrieben. „Eine große Rolle spielen dabei wahrscheinlich die Gefäßverhältnisse am Hirngrund, ähnlich wie bei der Unterbindung der Halsschlagadern. Daß die Blutungsquelle, der Nullpunkt des Druckgefälles, so nahe dem Gehirn liegt, ist der Grund, daß der Blutverlust sich hier viel rascher auswirkt, als bei Eröffnung größerer Gefäße in anderen Körpergegenden." (*Meixner,* Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 1931, Band 16, S. 150f.). Bei Selbstmord Fall 2, bei dem u. a. die Carotis linkerseits eröffnet ist, scheint auch der Tod sehr plötzlich eingetreten zu sein, denn es finden sich weder Bluteinatmungsherde noch Luftembolie, die nach Verletzung der Vena jugularis interna und des Kehlkopfes zu erwarten gewesen wären. Die Handlungsfähigkeit kann aber auch noch längere Zeit erhalten bleiben, trotzdem die großen Halsgefäße verletzt sind ... „Es sind relativ günstige Verletzungsverhältnisse möglich, die einen sofortigen Tod verhindern. Wird z. B. der Hals im Augenblick starker seitlicher Drehung verletzt, so kommt es beim Zurückdrehen des Kopfes zu einer kulissenartigen Überschiebung der Weichteile, die eine Selbsttamponade hervorrufen. Die Stillung der Blutung wird dabei unterstützt durch eine Senkung des Blutdruckes, die in der Hauptsache durch den Carotissinus-Herzreflex ausgelöst wird" (*König-Magnus*-Handbuch). Auch die Erstickung tritt nicht sofort ein, nachdem Kehlkopf oder Trachea eröffnet sind, da der Hustenreflex, der erst viel später als das Bewußtsein erlischt, für ein Herausschleudern der eingedrungenen Blutmassen sorgt. So werden uns Berichte verständlich, „daß Menschen, welchen der Hals bis auf die Wirbelsäule durchschnitten ist, bei welchen die großen Halsgefäße auf einer Seite völlig durchtrennt sind, noch eine Strecke weit zurücklegen und andere Handlungen vollbringen können. In dem von *Szigeti* erwähnten Fall war die Prostituierte, in deren Wirbelsäule Splitter der Rasierklinge staken, im Zimmer $2^1/_2$mal rundherum gelaufen. In einem der Fälle von *Ziemke* war das Mädchen erst

25 Schritte von der Stelle, wo ihm der Hals auf einer Seite bis auf die Wirbelsäule durchschnitten worden war, zusammengebrochen." *(Meixner.)*

Die Schmerzempfindung wird — sofern sie normal ist — Selbstverletzungen am meisten verhindern. Nun ist dies aber durchaus nicht immer der Fall, denn sie kann gestört oder ganz aufgehoben sein. „Einer Hypaesthesie begegnen wir am häufigsten als der Teilerscheinung einer allgemeinen Herabsetzung der seelischen Ansprechbarkeit, die als Wirkung von Affekten bekanntlich auch beim Gesunden beobachtet wird" *(Bumke)*. Da die meisten Selbstmorde Affekthandlungen sind, werden wir immer, auch beim geistig Gesunden, mit einer Hypaesthesie zu rechnen haben. Daß diese sich beim Geisteskranken bis zur Anaesthesie steigern kann, machen besonders grausame Selbstverstümmelungen wahrscheinlich. Als Beispiel kann der Selbstmord Fall 4 angeführt werden, bei dem mehr als 50 z. T. sehr langer Schnittverletzungen nachzuweisen waren. Natürlich ist die Schmerzempfindung eine subjektive Größe. Wir müssen also versuchen, diesen sehr variablen Faktor möglichst auszuschließen und zur Erklärung der Schwere der Selbstverletzungen in erster Linie die Handlungsfähigkeit heranzuziehen. Die Handlungsfähigkeit erlischt dann schnell, wenn eine oder beide Carotiden eröffnet sind, der Abfluß des Blutes nicht behindert ist und infolgedessen der Blutdruck im Gehirn rapid sinkt. Diese Bedingungen sind erfüllt beim Selbstmörder, der sich die großen Halsgefäße durchschnitten hat und nun zum nächsten Schnitt ansetzen will. Der Kopf muß dabei in einer Stellung bleiben, in der keine Selbsttamponade eintreten kann. Infolgedessen wird auch die rasch eintretende Bewußtlosigkeit einen weiteren tiefen Schnitt nicht mehr gestatten. Diese Überlegung scheint die Erfahrung zu bestätigen, denn in keinem der vier Selbstmordfälle (1, 2, 3 und 10), in denen die Carotiden verletzt waren, waren sie ein zweitesmal so getroffen, daß Blut austreten konnte. Nach allgemeinen Überlegungen, Blutdruck und Blutversorgung des Gehirns betreffend, und auch nach den allerdings geringen vorliegenden Erfahrungen, ist zweimalige Durchtrennung der Carotiden durch die Hand des Selbstmörders unwahrscheinlich, ebenso auch zweimaliges Anschneiden von Wirbelkörpern, sofern ein solcher Schnitt auch die Halsgefäße durchtrennt, was ja meistens der Fall sein wird (z. B. Selbstmord Fall 10). Wenn fünf Schnittspuren im Wirbelkörper vorhanden sind, wird man Selbstmord absolut ausschließen können (Mordfall 5). Der von Professor *Merkel* allein aus dieser Tatsache — es war die einzige noch

verwertbare Spur an der verfaulten Leiche! — nachgewiesene Mord ist auch durch das spätere Geständnis des Mörders erhärtet worden.

Die Anzahl der Schnitte kann, wenn die Schmerzempfindung herabgesetzt ist, beliebig gesteigert werden, solange, bis durch irgendein Ereignis, z. B. Luftembolie, Erstickung, Verblutung, Handlungsunfähigkeit eintritt. Am Hals kommen erfahrungsgemäß bei Selbstmord fast immer mehrere Schnitte vor, in Fall 3 z. B. waren es sechs oder sieben. Eine Ausnahme macht Selbstmord-Fall 5, wo nur ein einziger nachzuweisen war, was allerdings dadurch erklärt werden konnte, daß sich der Mann sofort nach dem Halsschnitt von einer Brücke ins Wasser gestürzt hatte.

Probierschnitte sind nach den vorliegenden Fällen nicht besonders häufig, sie waren in den Protokollen jedenfalls nur viermal erwähnt. Bei Selbstmord Fall 1, 3 und 10 war es je einer, bei Fall 3 waren es drei neben drei bis vier tiefen Schnitten, so daß im ganzen sechs- bis siebenmal zugeschnitten worden sein mußte. Möglich ist, daß bei den anderen Fällen die Probierschnitte durch tiefergehende Schnitte überdeckt wurden, so daß sie nachträglich nicht mehr festzustellen waren. Jedenfalls wird man aber beim Fehlen von Probierschnitten nicht ohne weiteres einen Verdacht auf Mord äußern dürfen.

Die Blutbesudelungen der Toten waren von Fall zu Fall verschieden und oft, da andere Umstände für die Entscheidung zwischen Mord und Selbstmord genügten, nicht ausführlich erwähnt. Ich kann sie daher für unsere Fälle nicht berücksichtigen.

Die Tatsache, daß unter den vorliegenden zwölf Fällen von Selbstmord sieben psychisch Auffällige, ja z. T. anstaltsbedürftige Geisteskranke sich befinden, veranlaßt mich, die Beziehungen von Geistesstörungen und Selbstmord näher zu betrachten. *Hoche* faßt die Ergebnisse der Psychiatrie folgendermaßen zusammen: „Die von Laien gelegentlich vertretene Meinung, daß man geisteskrank sein müsse, um das Leben wegzuwerfen, ist falsch; richtig ist, daß sich unter denen, die zu diesem Entschluß kommen, neben Geisteskranken und Gesunden, zahlreiche an der Grenze stehende Psychopathen finden.“ „Daß die Angaben über den zahlenmäßigen Anteil dieser Gruppen schwanken, ist bei der Unbestimmtheit der Grenzlinie zwischen gesund und krank nicht verwunderlich. *Gaupp* fand unter 124 Fällen, die nach einem vergeblichen Selbsttötungsversuch zur Beobachtung kamen, eine einzige Person psychisch ganz gesund; *K. Schneider* bemißt auf Grund von Literaturmaterial das durchschnittliche Verhältnis der Normalen zu den Kranken wie 1 : 1 oder 1 : 2. *Gaupp* hat also über 99 % psychisch Abnorme festgestellt, *Schneider* 50 bis

75 %. Hiermit läßt sich noch wenig anfangen, denn eine Wahrscheinlichkeit mit einer Wahrscheinlichkeit stützen, das ist doch sehr unbefriedigend, wenngleich man die Tatsache, „daß eine starke Beteiligung haltloser, labiler, disharmonischer Individuen schon darum wahrscheinlich ist, weil beim Freitod in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine Affekthandlung vorliegt" *(Hoche)*, nicht ganz außer acht lassen sollte. Um eine brauchbarere Beziehung zu finden, bin ich der eingangs gemachten Überlegung gefolgt, daß Allgemeingültiges nicht ausgesagt werden kann und wir deshalb individualisieren müssen. Ich habe die Frage daher noch umfassender betrachtet, nämlich vom Standpunkt der Motivierung und der Persönlichkeit. Unter Persönlichkeit wollen wir die Summe der psychischen Leistungen und Leistungsfähigkeiten verstehen. Je gesünder eine Persönlichkeit ist, also je abgeschlossener, harmonischer, mehr in sich gefestigt, vor allem je stärker der Selbsterhaltungstrieb, desto stärker muß auch die von außen kommende Schädigung sein, um die Fortexistenz zu gefährden. Daraus geht hervor: Bei einer gesunden Persönlichkeit wird das psychische Trauma so groß sein müssen, daß es nicht leicht übersehen werden kann. Es wird sich etwa um einen Geschäftsruin oder eine unheilbare körperliche Krankheit handeln, wie das bei den selteneren sogen. Bilanzselbstmorden der Fall ist. Bei einer kranken Persönlichkeit wird das Trauma sehr gering sein, oder ganz fehlen können, wie das, nach *Bumke*, beim Gros der Selbstmorde zutrifft. Daß diese Überlegungen auch praktischen Wert haben, geht daraus hervor, daß die Polizei schon seit langem diese Betrachtungsweise übt, denn in den von mir durchgesehenen Akten waren bei Selbstmord jeweils folgende Fragen zu beantworten: 1. War der Tote geisteskrank? 2. Waren unter seinen Blutsverwandten Geisteskranke oder Selbstmörder? 3. Nächster Anlaß zum Selbstmord und, um einen Bilanzselbstmord auszuschließen, 4. Finanzielle Verhältnisse des Toten? 5. Körperlicher Gesundheitszustand?

Das Ergebnis des vorliegenden Materials (sieben von zwölf Fällen psychisch auffällig) stimmt durchaus mit den Ergebnissen der Psychiatrie überein, steht allerdings im Widerspruch zu der Behauptung von *Greggers*, in den Kieler Fällen von Halsschnittverletzungen seien alle Selbstmörder geistig normal gewesen, die er aber nicht durch Angabe von Erhebungen gestützt hat.

Die vorliegenden Beobachtungen von Selbstmord und Mord ließen sich im ganzen restlos klären; daß es aber Fälle geben kann, bei denen trotz genauester Feststellungen am Tatort einerseits und trotz sorgfältig erhobenem Sektionsbefund andrerseits eine absolut sichere

Entscheidung der Frage: „Selbstmord oder Mord?“ nicht möglich ist, das soll eine als Abschluß der Zusammenstellung ausführlich wiedergegebene, höchst seltene Beobachtung des Gerichtlich-Medizinischen Institutes zu München dartun. Der ganze staatsanwaltliche Akt und die Erhebungen der Mordkommission des Polizeipräsidiums München wurden mir dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt.

Vorgeschichte:*) Am 14. Juli 1936 wurde um 19 Uhr 30 im Anwesen eines oberbayerischen Bauern, der kurz vorher die Gendarmerie hatte verständigen lassen, die Leiche der 57jährigen verwitweten Frau N. aufgefunden. Die Tote lebte im sogen. Austrag bei diesem Bauern und war mit ihm wegen ihres Leibgedinges schon seit einigen Wochen in Streit gewesen, da dieser die monatliche Barzahlung, die schon von 20 Mark auf 14 Mark vermindert worden war, nun weiter um 4 Mark senken wollte. Es stand ein Gerichtstermin in dieser Angelegenheit bevor. Am Nachmittag dieses Tages war die Tote allein im Anwesen, lediglich der Besitzer kam zweimal in der Zwischenzeit auf seinen Hof zurück, da er Jauche aufs Feld fuhr, während seine Frau und der einzige Dienstbote von 12 Uhr 30 bis 16 Uhr 30 bei der Heuarbeit auf entfernten Wiesen waren. Auch die Nachbarn waren nachmittags auf ihren Feldern. Überdies hatte sich der eventuell als Täter in Frage kommende Bauer bei einem Kind seines Nachbarn erkundigt, wo dieser nachmittags arbeiten werde. (Weitere Erhebungen siehe später.)

Die nachfolgenden Angaben sind aus drei Protokollen zusammengestellt, deren Angaben sich z. T. wiederholen. Beschreibung des Tatortes und der Spuren hauptsächlich nach dem Bericht des Erkennungsdienstes D. St. 313 vom 17. 7. 36. (Die Kommission war am 14. 7. 23 Uhr 5 am Tatort eingetroffen, hatte die Leiche sofort nach ihrer Auffindung sichern und die Nacht über bewachen lassen, so daß die ganze Situation unverändert geblieben war. Am 15. 7. war die Mordkommission dann zur Erhebung von weiteren Feststellungen mit Professor *Merkel* wieder am Tatort erschienen.) Beschreibung der Lage der Leiche hauptsächlich nach dem Bericht D. St. 315, Beschreibung der Blutbesudelungen an den Kleidungsstücken und an der Haut der Leiche nach dem Protokoll der am 15. 7. 36 in Weilheim vorgenommenen gerichtlichen Sektion.

„Die angeblich am 14. 7. 36 etwa gegen 19 Uhr entdeckte Leiche

*) Über diese hier das erstemal ausführlich mitgeteilte Beobachtung hat auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtl. Medizin in Innsbruck 1940 Professor *Merkel* kurz berichtet.

liegt bei unserem Eintreffen in einer schmalen, als Durchgang wenig benützten Lücke zwischen dem Heustadel und dem Zaun des Nachbaranwesens, mit der Vorderseite nach unten auf dem Boden. Der Lichtzutritt zu diesem Durchgang ist beeinträchtigt auf der einen Seite durch den hohen Stadel, auf der anderen Seite durch den 1,20 m hohen Drahtzaun, hinter dem sich aufgeschichtete Balken befinden, die mit einem 1,80 m hohen Dach überdeckt sind. Nach oben hindern die Kronen von den sieben im Durchgang stehenden Bäumen den Lichteinfall, so daß der Raum auch bei Tag in der Längsrichtung nur undeutlich, von den Seiten her überhaupt nicht überblickt werden kann."

Die Leiche liegt auf dem Bauch, das Gesicht ins Gras gedrückt, der rechte Arm ist schräg ausgestreckt, der linke liegt entlang der linken Körperseite. Das rechte Bein ist etwas angezogen und abgewinkelt, das linke fast gestreckt. Der Kopf ist mit graumelierten Haaren bedeckt, die zu einem Zopf gebunden und am Hinterkopf aufgesteckt sind. Die Haare sind geordnet. Auf der nach oben gekehrten Seite des Rockes und am Schurz sind verstreute Blutflecken.

Unter dem ausgestreckten rechten Unterarm im Grase liegt ein sowohl an der Klinge wie an der Schale stark mit Blut besudeltes, geschlossenes (!) Rasiermesser.

In der Verlängerung des rechten Unterschenkels, im Abstand von 70 cm von der Schuhsohle, liegen auf dem Boden zwei blutige Fleischbrocken bzw. Gewebsteile. Diese konnten später identifiziert werden als 1. ein ganzes Stück der einen Schilddrüsenhälfte (etwas über 20 g) und 2. ein herausgeschnittenes Stück der Luftröhre und an diesem hängend ein großes Stück der anderen Schilddrüsenhälfte, im ganzen 25 g schwer. Das Stück Luftröhre gehört der Vorderwand an und umfaßt sechs bis sieben Knorpelringteile. In gleicher Richtung anschließend ist eine ausgedehnte Blutlache in einem Umfang von etwa 35:45 cm. Dieser Blutfleck macht den Eindruck, als ob es sich um verspritztes Blut handelte. Auch die weitere Umgebung dieses Fleckes zeigt am Boden und an den Grasspitzen vereinzelte verstreute Blutspritzer. An der Stadelwand entlang liegen Fichtenholzstangen von unterschiedlicher Dicke. Auch an diesen Stangen, insbesondere an den zunächst der Leiche liegenden und einem quergelegtem Zwischenprügel befinden sich größere Blutwischer. In der Regentropfrinne am Boden, in welcher die Leiche mit ihrem Gesicht lag, findet sich in der Länge von etwa 1 m eine schmale Blutansammlung, die vom vermutlich postmortalen Ausbluten der Leiche an dieser Stelle herrührt.

„Sonstige Spuren, die darauf schließen lassen würden, daß ein Kampf stattgefunden habe, lassen sich nicht wahrnehmen. Auf dem bewachsenen Boden sind auch keine Fuß- oder Schleifspuren feststellbar. Bei der ersten Besichtigung lassen sich an dem Messer keine Fingerspuren ermitteln."

Auf der ganzen Vorderseite, besonders stark im Brustteil, ist die Arbeitsschürze der Toten ziemlich gleichmäßig, im unteren Teil mehr fleckig blutig durchtränkt und blutig verschmiert. Unter der Schürze trägt die Leiche eine leinene Bluse, deren Vorderseite zu beiden Seiten der Knöpfe stark blutgetränkt, auf der linken Seite auch schleimig-blutig besudelt ist. Der um die Hüften mit einem Gummizug zusammengeraffte Rock weist vorne und oben verschmierte Blutflecken und auch stellenweise schleimige Blutklumpen auf; unterhalb des rechten Gesäßes sind die Flecken weniger intensiv, mehr wäßrigblutig. Der Trägerunterrock ist besonders in seinem oberen Teil blutgetränkt. Die Flanellunterhose ist auf der Bauchseite stark, am linken Oberschenkel schwach, über dem linken Knie überhaupt nicht, über dem rechten Knie in Zweihandtellergröße blutig verfärbt. Das auf dem Körper getragene Achselschlußhemd ist im ganzen Brustteil außerordentlich stark mit Blut durchtränkt. Von den Strümpfen ist der rechte unterhalb des Knies blutverschmiert, von den Schuhen besonders der linke.

Die Haut der Leiche ist im Gesicht, am Hals, an der Vorderseite des Rumpfes bis zum Nabel und an der rechten Kniegegend blutverschmiert. Der rechte Unterarm zeigt an seiner Außenseite Blutwischer von geringer Ausdehnung, zwischen Daumen und dem Zeigefinger ganz unerhebliche Blutspuren. Die Hohlhand ist rechts sowohl wie links frei von Blut. Der linke Unterarm zeigt eine mäßige Verschmierung mit angetrocknetem Blut und mit Erde.

Halsverletzung: Quer über den Hals zieht eine 7 cm breite und bis zu 5 cm klaffende, ovale Wunde mit scharfen, aber in ihrem Verlauf oben sowie unten durch eine Zacke unterbrochenen Rändern. Der linke Wundwinkel ist spitz und scharf ausgezogen, der rechte, am inneren Rand des Kopfnickermuskels, ist mehr oval geformt. Im oberen Teil der Wunde liegen frei zutage die vollkommen durchschnittene und etwas nach oben zurückgeschlüpfte Luftröhre und die durchtrennten Kehlkopfmuskeln. Die untere Wundlippe hängt schlaff herunter infolge des Fehlens der neben der Leiche liegenden Gewebsteile. Die Organe des Halses haben sich, soweit sie durchschnitten sind, nach unten in die Drosselgrube zurückgezogen und sind nicht sichtbar.

Es sind im ganzen mindestens fünf, möglicherweise sogar sieben zueinander parallel verlaufende Schnitte an der vorderen Halsseite nachzuweisen. Der oberste, am weitesten kopfwärts liegende, ist ein etwa 3 cm langer, quer über den linken Kopfnicker verlaufender Kratzer. Dicht darunter verläuft eine ebenfalls oberflächliche, schnittartige Hautverletzung von 12 cm Länge, die am äußeren Rand des linken Kopfnickers beginnt und am inneren des rechten Kopfnickers endigt. Anfangs- und Endteil sind kratzerartig. Nun folgt, eine quer über den Kehlkopf ziehende Hautbrücke von 2 cm Breite stehen lassend, ein dritter Schnitt, der mit einem leichten Kratzer über dem linken Kopfnicker beginnt, dann kurz unterbrochen ist, weiter eine 3 cm lange, flache Hautwunde bildet, um sich in der Medianlinie in die Tiefe zu senken. Von hier ab bildet er den oberen Wundrand. Der nächsttiefere Schnitt trennt spitz und scharf vordere Fasern des linken Kopfnickermuskels und bildet den linken Wundwinkel. Der unterste Schnitt beginnt 6 mm unterhalb des Anfangs

des eben beschriebenen, läuft in gleicher Richtung, durchtrennt die Haut in einer Länge von 2,5 cm und senkt sich dann in die Tiefe. Die Wundränder sind oben und unten durch je eine Zacke unterbrochen, von denen die obere etwa in der Medianlinie liegt und offenbar durch Schnitt III und IV hervorgerufen ist. Die untere Zacke liegt mehr am inneren Rand des rechten Kopfnickermuskels, wobei der verursachende Schnitt einen oberflächlichen, scharfen, etwa 1 cm langen Ausläufer aufweist.

Bei der genauen Besichtigung der Halsorgane bei der gerichtlichen Sektion ergibt sich folgendes Bild: Die beiden Kopfnicker sind, der rechte mehr als der linke, an ihrem vorderen Umfang etwas eingeschnitten. Die beiden Carotiden sowie die beiden Venae jugulares internae weisen in ihrem ganzen Verlauf keine Verletzung auf! Die Luftröhre ist völlig durchschnitten, und zwar stufenförmig, dicht unterhalb des Kehlkopfes, wobei der Ringknorpel noch mitverletzt ist. Es fehlt von ihr das neben der Leiche gelegene Stück, das etwa 6—7 Knorpelspangenteile umfaßt. Der untere Abschnitt der Luftröhre weist ebenfalls eine zackige Schnittfläche auf. Somit steht fest, daß mindestens drei Schnitte insgesamt durch die Luftröhre geführt werden mußten, um die treppenförmige Schnittfläche unterhalb des Kehlkopfes zu erzielen und das neben der Leiche gefundene Stück der Luftröhre aus seinem Zusammenhang zu lösen. Über die Schilddrüse sagt das Protokoll nichts aus, so daß anzunehmen ist, daß sie ganz herausgeschnitten neben der Leiche lag. Das Gewicht beider Lappen plus dem des Luftröhrenstückchens (45 g) sowie die Besichtigung des im hiesigen Institut aufgehobenen Präparates (Nr. 1426) machen diese Annahme wahrscheinlich. Jeder der beiden herausgeschnittenen Schilddrüsenteile weist noch zwei Einschnitte auf. Die Speiseröhre ist quer durchtrennt und zwar völlig. 2 cm unterhalb dieser Durchtrennungsstelle ist ihre Vorderwand nochmals in einer Ausdehnung von 1 cm quer durchschnitten. Das Zungenbein ist nicht gebrochen, die umgebende Muskulatur nirgends blutunterlaufen. Auch die Gewebsschichten zwischen der Speiseröhre und der Wirbelsäule sind weder verletzt noch blutunterlaufen.

Der Herzmuskel ist braunrot, links 13 mm, rechts 5 mm dick. Die halbmondförmigen Klappen sind zart, die Zipfelklappen etwas derb. Die Sehnenfäden erscheinen kurz. Das eirunde Loch geschlossen. Die Brustschlagader ist wenig elastisch und zeigt zahlreiche weißliche Einlagerungen und bis zu pfennigstückgroße Kalkplatten. Die Kranzschlagadern sind durchgängig, aber ziemlich stark verkalkt. Von Luftembolie ist im Protokoll nichts erwähnt.

Die Lungen sind klein, zusammengefallen, überall lufthaltig, auf dem Schnitt fließt überall hellrotes Blut aus den Luftröhrenästen ab.

Der Befund der Bauchhöhle bietet keine Besonderheiten. Erwähnenswert wäre in diesem Zusammenhange nur, daß der Magen etwas rötlichbraune Flüssigkeit (durch Magensaft verändertes Blut) enthält, aber keine Narben oder Geschwüre aufweist.

Die Kopfhöhle und das Gehirn weisen keine Besonderheiten auf.

Nebenverletzungen: Die Nebenverletzungen sind außerordentlich gering. Aktive oder passive Abwehrverletzungen an den Händen und Fingern fehlen ganz. In der Mitte des rechten Unterkieferastes findet sich eine linsengroße Hautabschürfung ohne Blutunterlaufung. In der Mitte der Stirn, dicht unterhalb der Haargrenze, ist die Haut in einem pfefferkorngroßen Bezirk bläulich verfärbt und blutunterlaufen. Am Rücken des Grundgelenkes des Ringfingers links ist die Haut ganz oberflächlich abgeschürft, das Gewebe der Umgebung aber nicht blutunterlaufen.

A. Halsschnittwunde.

B und C. Ausgeschnittene und am Boden aufgefundene Gewebsbrocken.

Todesursache nach dem vorläufigen Gutachten: Der Tod ist eingetreten durch Erstickung (die Luftröhre und ihre Verzweigungen waren voll Blut) und Verblutung aus den Venen und Arterien der Schilddrüse, die mehrfach eröffnet waren.

Der zuerst herbeigerufene Arzt hatte die Verstorbene längere Zeit wegen eines chronischen Magen-Darmkatarrhs behandelt. Seine ehemalige Patientin hatte ihm die Verhältnisse eingehend geschildert und auch öfters den Verdacht geäußert, sie werde vergiftet. Daher glaubte er, als er die Fleischstückchen neben der Toten liegen sah, zunächst, es handelte sich um Erbrochenes und um eine Vergiftung. Beim Umdrehen der Leiche nach Eintreffen der Polizei erwies sich dann diese Annahme als irrtümlich. Der Eindruck war nunmehr der eines scheußlichen Mordes durch Halsabschneiden, vor allem wegen der Lage der Leiche auf dem Bauch, mit dem Kopf nach dem Wohnhaus zu, an einer schwer einzusehenden Örtlichkeit im Freien, sowie wegen des Herausschneidens von Gewebsstückchen. Nicht nur das gespannte Verhältnis zu den Bauersleuten überhaupt, besonders auch der vorangegangene Streit um den Austrag schienen weiter dafür zu sprechen. Der Einzige als Täter in Frage Kommende, der Besitzer des Hofes, wurde denn auch sofort verhaftet. An seinen sämtlichen Kleidungs- und Wäschestücken jedoch, die er in der fraglichen Zeit getragen hatte, waren bei der genauen Untersuchung im hiesigen Institut (Bericht vom 30. 7. 36 M. C. 247/36, S. 2 und 3) keinerlei Blutspuren nachzuweisen. Auch an seinem Körper fanden sich keinerlei Blutflecken oder Kratzspuren, abgesehen von einer geringfügigen Rasierverletzung an der rechten Wange. Auch hat er während der vielen Verhöre innerhalb der mehrere Monate währenden Untersuchungshaft immer wieder seine Unschuld beteuert. So erhob sich denn die Frage, ob nicht auch ein Selbstmord in Betracht käme, die von Professor *Merkel* in einer Reihe von Gutachten, an die ich mich im folgenden halte, geklärt wurde.

Die gewichtigsten Gründe gegen einen Selbstmord waren durch die Lage und den Zustand des Rasiermessers gegeben; dieses wurde, wie erwähnt, zusammengeklappt unter dem ausgestreckten rechten Unterarm der Leiche gefunden. Der Täter schien es nach der Tat zusammengeklappt (!) und unter die Getötete geschoben zu haben; diese Annahme wurde aber entkräftet durch eine Untersuchung im hiesigen Institut, deren Ergebnis in einem Gutachten von Professor *Merkel* vom 30. 7. 36 (S. 2f.) niedergelegt wurde.

Danach handelte es sich bei dem Rasiermesser um eines, das sicher dem verstorbenen Ehemann gehört hatte und um eine Dilettantenarbeit. Die beiden Schalen waren nämlich stark ausgebuchtet und nicht symmetrisch, so daß die Klinge leicht von selber einklappen konnte. Nebenbei sei noch erwähnt, daß eine Reihe von weiteren Einwänden abzuweisen war, wie z. B. die, daß es sich bei den Blutbesudelungen nicht um Menschenblut handeln müßte und daß beim Durch- und Ausschneiden der Luftröhre Scharten und Sprünge oder Aussprengungen in der doppelt hohl geschliffenen Klinge hätten entstehen müssen; der letzte Einwand wurde durch Versuche einerseits mit einem neuen Messer gleicher Beschaffenheit und ferner mit dem gleichen Tatortmesser an einer Leiche widerlegt. Im übrigen fanden sich ja in der Tat auch, wie Lupenaufnahmen des Tatortmessers durch das Polizeipräsidium München ergaben, ganz erhebliche Scharten und kleine Sprünge in dieser Rasiermesserklinge. Es bestand also nun kein zwingender Grund mehr zu der Annnahme, daß es sich unbedingt um einen Mord handeln müßte. Auch daß die Handlungsfähigkeit der Verstorbenen (einige Schritte zu machen z. B.) durchaus noch einige Zeit erhalten gewesen sein konnte, die Gesamtspuren am Tatort also auch mit der Annahme eines Selbstmordes vereinbar waren, wird durch die Tatsache, daß die großen Halsblutgefäße trotz der Kehlkopf- und Speiseröhrenverletzung unversehrt waren, wahrscheinlich. Aber auch, wenn diese verletzt gewesen wären, hätte, wie ich früher auseinandergesetzt habe, die Handlungsfähigkeit nicht sofort erlöschen brauchen (*Ziemke* u. a.).

Die Annahme eines Selbstmordes wird ferner durch die Beschaffenheit der Wunde selbst begründet. Hierzu führe ich aus dem ausführlichen Gutachten von Professor *Merkel* einiges an:

„Ich muß auf Grund gerichtlich-medizinischer Erfahrungen auf die Besonderheit der bei der Sektion festgestellten Halsschnittwunden hinweisen. Es handelt sich, wie erwähnt, wahrscheinlich um sieben Schnitte, von denen einer ganz tief, bis an die Wirbelsäule hingegangen ist (totale Durchtrennung der Speiseröhre), der zweite hat ebenfalls die Luftröhre und dann noch die vordere Wand der Speiseröhre verletzt, die anderen, mindestens drei bis vier Schnitte sind aber ganz seicht. Ich habe oben schon darauf hingewiesen, daß wir solche sogenannte Probierschnitte als erste Schnittversuche gerade bei Selbstmördern so häufig antreffen ... Die ganze Anordnung der Schnitte spricht dafür, daß sie von der linken Halsseite der Frau her nach rechts geführt worden sind (was mit der Messerführung durch die eigene rechte Hand voll-

ständig erklärlich ist). Die seichten drei oder vier Schnitte sind wahrscheinlich die ersten gewesen, und dann erst sind die anderen tiefen Schnitte gekommen, bei denen dann auch noch immerhin einzelne kleinere Blutgefäße durchschnitten waren und zur Einatmung von Blut in die Luftwege geführt haben. Es spricht auch die gerichtlich-medizinische Erfahrung dafür, daß der sogenannte Laie, der sich den Hals abschneidet, nicht, wie z. B. ein Metzger, mit dem Messer ganz links außen am Hals ansetzt und das Messer nun durch den Kopfnickermuskel und durch die Weichteile und den Kehlkopf hindurchreißt, wobei selbstverständlich fast immer mindestens auf der linken Seite die Hauptblut- und -schlagader durchtrennt wird, sondern wir haben hier den Laien-Selbstmordschnitt, der von vorne her am Hals herumsäbelt, bis ein oder mehrere Schnitte in die Luftröhre gelangen und dann durch Bluteinlaufen den Hustenreiz auslösen und das Zusammensinken des Verletzten und das Abstehen vom Versuch bewirken. Die kleine Hautabschürfung am rechten Kieferrand und die kleine Blutunterlaufung an der Stirnmitte unterhalb der Haargrenze dürfte sich durch das Hinfallen beim Zusammenstürzen erklären und zwar ganz zwanglos. Irgendwelche weitere Gewalteinwirkungsspuren, Blutunterlaufungen am Hals oder an der Lippe usw. sind nicht gefunden worden, ihr Fehlen spricht jedenfalls mehr für den Selbstmord als wie für Tötung durch dritte Hand, was doch selten ohne Kampf- und Gegenwehrverletzungen abgeht."

Auch die Tiefe der Wunde spricht durchaus nicht gegen Selbstmord. Schon an Hand der angeführten Selbstmordfälle haben wir gesehen, daß erhebliche Verletzungen möglich sind; aber auch Herausschneiden von Halsorganen kommt dabei vor, wie die Mitteilungen von *Szigeti* und aus jüngerer Zeit von *Walecka* (referiert von *Wachholz* in der Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 16, 1931, S. 153) zeigen.

Der Fall von *Szigeti* verdient als ausgesprochener Parallelfall zu dem Unsrigen hier eingehendere Erörterung:

Frau Johanna B., 42 Jahre alt, Arbeitersfrau, hatte „ihr einziges Kind an Diphtheritis verloren, war darüber untröstlich, und seit dieser Zeit sehr traurig, niedergedrückter Stimmung, verschlossen". Einige Wochen darnach, im November 1894, ging sie mit einer Nachbarin ins artesische Bad ins Stadtwäldchen. Als die Nachbarin sich für kurze Zeit entfernte, verschwand Frau B. heimlich und ging nach Hause. Als am Nachmittag die Nachbarin sich in der Wohnung ihrer Begleiterin nach dem Grund ihres plötzlichen Verschwindens erkundigen wollte, fand sie die Tür verschlossen.

Nach einigem Hin und Her, als der Verdacht eines Unglücks sich verstärkt hatte, betrat man schließlich die Wohnung durch ein Fenster und hatte folgenden Anblick: „Mit durchschnittenem Halse lag in einer großen Blutlache, mit dem Rücken auf dem Fußboden, Frau B. Nachdem der herbeigerufene Arzt das Halstuch, mit welchem die Wunde provisorisch verbunden war, entfernt hatte, bemerkte er zu seinem größten Erstaunen, daß aus derselben der Kehlkopf fehlte und er fand auch den fehlenden Kehlkopf in einer Blutlache auf dem Fußboden in einer Entfernung von drei Schritt. Daneben lag das scharf gewetzte (nicht geschliffene), blutige Tischmesser, mit welchem sich die Frau den Hals durchschnitten hatte; denn daß im konkreten Fall es sich um einen Selbstmord gehandelt hat, war aus den Umständen des Falles klar und über alle Zweifel erhaben ... Man brachte die Schwerverletzte in die Chirurgische Klinik, wo sie, nachdem sie noch vor ihrer Einlieferung sehr viel Blut verloren hatte, unter den Symptomen einer Gehirnanaemie um 2 Uhr morgens starb. Mithin lebte sie noch 8—9 Stunden, nachdem sie sich den Hals durchschnitten hatte. Die am folgenden Tage vorgenommene Obduktion ergab folgenden Befund ...: Auf der Vorderseite des Halses ist eine in der Querrichtung 11 cm breite und in der Längsrichtung 10 cm weite, nahezu fünfeckförmige, klaffende Schnittwunde mit scharfen Rändern und abgerundeten Ecken, welche vom Zungenbein bis zum Jugulum reicht und von beiden Seiten von den Kopfnickern begrenzt wird. Die rechte Hälfte des unteren Wundrandes setzt sich noch unter einem Spitzwinkel in drei miteinander parallel verlaufende, oberflächliche, linienförmige Schnittwunden fort. Die Basis der Wunde ist konkav, muldenförmig; aus den oberen zwei Wundwinkeln lugen die Submaxillardrüsen hervor und zwischen diesen der Körper des Zungenbeins. Der ganze Kehlkopf und der Ringknorpel, ferner ein Teil der Schilddrüse, die vordere Wand des Rachens und der obere Teil der Oesophaguswand fehlen. Die hintere Wand des Schlundes bildet ein mit der Spitze nach unten gekehrtes Dreieck; auf derselben sind, in Höhe des ausgeschnittenen Kehlkopfes, drei linienförmige, oberflächliche Einschnitte in der Schleimhaut zu sehen. Die durchschnittene Luftröhre, der zurückgebliebene Teil der Schilddrüse und die Stümpfe der geraden Halsmuskeln haben sich hinter den unteren Wundrand ins Jugulum zurückgezogen. Die oberflächlich liegenden Muskelbündel der Kopfnicker sind durchschnitten. Die durchtrennten äußeren Jugularvenen und die Kehlkopfarterien haben sich retrahiert. Die beiden Carotiden und die inneren Jugularvenen sind unversehrt, ebenso der Vagus.

Der ausgeschnittene Kehlkopf zeigt mehrfache Einschnitte, an demselben hängt kein Stückchen Haut, von der Haut des Vorderhalses fehlt daher nichts ... Auf der Dorsalfläche der 3. Phalanx des Mittelfingers der von Blut besudelten linken Hand, ergab sich am äußeren Rande neben dem äußeren Winkel des Nagels eine 8 mm lange, $^1/_2$ mm klaffende, oberflächliche Schnittwunde. Meiner Ansicht nach faßte die Frau das scharfe Tischmesser mit voller Faust der rechten Hand, beugte den Nacken nach rückwärts und mit mehreren, von links nach rechts geführten, ein wenig schräg verlaufenden und bis nahe an die Wirbelsäule reichenden Schnitten durchschnitt sie sich quer den Vorderhals in der Höhe zwischen Zungenbein und Schildknorpel. Nachher griff sie instinktmäßig mit der linken Hand zur klaffenden Halswunde, hakte den Mittelfinger in den geöffneten Kehlkopf, zog denselben nach vorn und unten und, indem sie das Messer über den Finger führte, schnitt sie mit mehreren Schnitten den Kehlkopf heraus, bei dieser Gelegenheit konnte sie sich in den Finger schneiden. ... Zum Schlusse verdient noch ein Umstand unsere Aufmerksamkeit, nämlich, daß beide Fußsohlen der Frau blutig waren, was ein Beweis dafür ist, daß die Frau, nachdem sie sich den Hals durchschnitten hat, noch einige Schritte gemacht haben muß ... Daß man mit einer selbst tiefen Halsverletzung noch instinktartige Bewegungen ausführen kann, beweist ferner jene Beobachtung, welche an der Frau B. auf der Klinik gemacht wurde, daß, so oft man sie auf den Rücken legte, sie sich immer umkehrte, um die Bauchlage einzunehmen."

Der Fall von *Walecka* aus neuerer Zeit (1930 polnisch) war mir leider nur in einem kurzen Referat zugänglich. *Wachholz* referiert: „Eine 40jährige Frau versetzte sich in selbstmörderischer Absicht eine 9 cm lange, 5 cm breite und 4 cm tiefe Halsschnittwunde. Zwischen den Füßen der Leiche fanden sich zwei je 3,5 und 2,5 cm lange, abgeschnittene Kehlkopfknorpelstücke ..."

Wenn alle die bisher erwähnten Gründe und vor allem auch die auffallende Übereinstimmung mit den eben zitierten Fällen für einen Selbstmord sprechen, so lassen sich doch auch erhebliche Bedenken dagegen erheben. So war sehr auffallend, daß die rechte Hand der Toten, mit der sie sich den Hals durchschnitten haben mußte, außer geringen Blutspuren zwischen Daumen und Zeigefinger an der Hohlhand weder Blutbesudelungen noch auch Verletzungen aufwies, das Messer dagegen an Heft und Klinge blutig war. Auch die linke Hand war nur an der Dorsalfläche blutverschmiert. Beim Halsdurchschneiden selber kann das Blut also nicht an das Heft gekommen sein. Vielleicht ist es zunächst auf die blutdurchtränkten

Kleider gefallen, ehe es zusammenklappte und ins Gras fiel. Die Blutbesudelung an den Händen ist noch in anderer Hinsicht von Bedeutung. Eine dreimalige, ziemlich tiefe Schnittführung (aber ohne Verletzung der großen Blut- und Schlagadern!) ist sicher nachzuweisen; daß dabei das Blut herausgespritzt sein mußte, unterliegt keinem Zweifel. Daß aber die Hände unter diesen Umständen nur wenig besudelt sein sollten, ist schwer vorzustellen. Wenn der Fall *Szigeti* als Argument dafür angeführt wird, daß sehr schwere Selbstverletzungen möglich sind und für Selbstmord geltend gemacht wird, so könnte man den Umstand, daß dort nicht nur beide Hände, besonders die linke, blutig waren, sondern an der linken auch noch eine Schnittspur zu sehen war, die beim Zupacken und Herausreißen des Kehlkopfes entstanden sein konnte, bei unserm Fall als Argument für Mord heranziehen.

Es läßt sich ferner einwenden, es sei nebensächlich, ob die Kleider des als Täter in Betracht Kommenden blutig seien oder nicht *(Ziemke)*. Dieser habe ja, ehe er die Polizei benachrichtigte, Gelegenheit gehabt, etwa blutbefleckte Kleidungsstücke zu verbrennen und sich selbst zu waschen. Auch sei es gar nicht nötig, daß er sich überhaupt blutig gemacht habe, denn er könne ja sein Opfer von hinten angefallen haben, analog den von *Ziemke* in mehreren Fällen beschriebenen Vorgängen. In einem Falle wies hier der Ermordete eine 11 cm lange, 5 cm breit klaffende Halsschnittwunde auf. Sämtliche großen Halsgefäße und der 2. Halswirbel waren vollständig durchschnitten, der Wirbelkanal war eröffnet. Der Täter konnte einwandfrei ermittelt werden. Merkwürdigerweise wurden an den Kleidern, die dieser nachweislich am Tage der Tat getragen hatte, keine Blutspuren entdeckt, obwohl alle Hilfsmittel der modernen Blutdiagnostik angewandt wurden. Ähnlich verhält es sich mit zwei weiteren Fällen. *Ziemke* schreibt dazu wörtlich: „... Sehr bemerkenswert ist es jedenfalls, daß in allen drei Fällen an der Kleidung des Täters keine Spur einer Blutbesudelung gefunden wurde, obwohl eine solche gerade deswegen erwartet werden konnte, weil die Täter wenigstens in zweien der Fälle mit großer Energie mehrfach zugeschnitten hatten und die Kleidung der Opfer in großer Ausdehnung mit Blut durchtränkt war. Es liegt nahe, anzunehmen, daß das starke Herunterdrücken des Kopfes mit dazu beigetragen hat, eine Blutbesudelung beim Täter zu verhüten."

Zum Schlusse wäre zu untersuchen, ob ein Selbstmord denn überhaupt psychologisch motiviert erscheint: Es war ein wochenlanger Streit mit den Bauersleuten vorausgegangen, die mit der Frau nichts oder nur das Allernotwendigste gesprochen hatten. Eine erste

seelische Rückwirkung bei der Verstorbenen, die zu der Zeit an Verdauungsstörungen litt, mag die Angstvorstellung gewesen sein, sie werde vergiftet, ein Verdacht, den sie verschiedentlich Zeugen gegenüber geäußert hatte. (Er wurde durch spätere chemische Untersuchungen der Leichenteile nicht bestätigt.) Damals hatte sie auch scherzweise zu einer Bekannten von Selbstmord durch Halsabschneiden gesprochen und dabei spielerisch mit dem Rasiermesser ihres verstorbenen Ehemannes hantiert. Der Gegensatz zwischen den Bauersleuten und der Austräglerin wurde unmittelbar vor deren Tode noch weiter verschärft durch einen Eierdiebstahl, bei dem sie ertappt wurde. Es wurde daraufhin die Scheune, in der auch das ihr zugewiesene und zustehende Feuerholz aufgestapelt war, verschlossen, so daß sie jedesmal erst um den Schlüssel bitten mußte, wenn sie Holz holen wollte. Am Tage ihres Todes hat sie dann die Bauersfrau um Verzeihung wegen dieses Diebstahls gebeten, um diesem unerträglichen Zustand ein Ende zu bereiten. Ihre Bitte wurde jedoch rundweg abgeschlagen. Bei der Geringfügigkeit des Objektes — denn was bedeuten schon drei Eier auf einem Bauernhofe zur Legezeit der Hühner — zeigt dies doch eine große Hartherzigkeit und Gehässigkeit einer alten Frau gegenüber. Daß diese seelische Belastung bei der Verstorbenen (Katholikin!) zu abnormen Reaktionen geführt hatte, wird durch die starke Häufung von Schizophrenen, Selbstmördern und Schwachsinnigen in ihrer Familie ohne Weiteres begreiflich. Ihr Bruder ist geistig nicht voll auf der Höhe, soll weder lesen noch schreiben können. Ein Vetter befindet sich wegen Schizophrenie in einer Nervenheilanstalt. Ein Onkel hat sich ohne ersichtlichen Grund erhängt. Ein Großonkel hat sich wegen Liebesenttäuschung erhängt. Die Familie des Vaters war angeblich nicht geisteskrank, soll aber „mordslustig" gewesen sein.

Man könnte dem entgegen halten, daß auch ein Mord völlig motiviert erscheint, der die Bauersleute von der lästigen Austräglerin befreien sollte. Unter solchen Umständen sind Morde und Mordversuche gar nicht so selten — zumal in Oberbayern — beobachtet und beschrieben worden *(Merkel* und *Renner)*.

Nach Abwägen aller Gründe für und wider ist doch wohl der Halsschnittwunde selbst die größte Bedeutung zuzumessen. Sie weist keine Merkmale auf, die einen Selbstmord ausschließen und die Verletzungen sind nicht so schwer, daß sie durch fremde Hand hervorgerufen worden sein müßten, ja in ihrer Gesamtheit so gut mit Selbstmord vereinbar, daß schon ein hohes Maß von Geschicklichkeit von seiten eines Mörders dazugehörte, um die Handbewegungen eines Selbstmörders so treffend nachzuahmen. Freilich ist

die Verletzung ganz ungewöhnlich. In der Literatur sind meines Wissens nur die erwähnten zwei Parallelfälle beschrieben. Damit ist der Haupteinwand, es sei überhaupt nicht möglich, daß sich jemand eigenhändig Teile von Halsorganen herausschneide, durch zwei sichere Selbstmordfälle aus dem Schrifttum widerlegt. Ein Selbstmord ist also bei unserer Beobachtung als mindestens sehr wahrscheinlich zu bezeichnen.

Für das weitere Verhalten der Staatsanwaltschaft war folgendes maßgeblich: Während der mehrere Monate dauernden Untersuchungshaft hatte der der Tat Verdächtigte kein Geständnis abgelegt, auch hatten sich seine Angaben während dieser langen Zeit niemals widersprochen. Rein formaljuristisch mußte, nachdem sich außer dem Gutachten des ärztlichen Sachverständigen auch das der Mordkommission für die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Selbstmordes ausgesprochen hatte, das Verfahren gegen den Beschuldigten zunächst eingestellt werden (in dubiis pro reo); war doch, selbst wenn es die Anklagebehörde bis zu einer Schwurgerichtsverhandlung hätte bringen können, bei diesem Grundton der Gutachten eine Verurteilung unter keinen Umständen zu erwarten gewesen.

Wenn wir die angeführten Fälle, insbesondere auch unseren Hauptfall, noch einmal betrachten, wird vor allem deutlich, daß man bei der Beurteilung nicht nach starrem Schema (Tatortbesichtigung und anatomischer Befund allein) verfahren kann, daß vielmehr jeder Fall seine gesonderte Betrachtungsweise, zumal auch die psychologische Würdigung erfordert, eigene Methoden verlangt und manchmal recht umfangreiche Vorarbeiten nötig macht. Damit wäre auch die Richtigkeit der einleitend gemachten Bemerkungen bestätigt.

Zum Schlusse danke ich Herrn Professor Dr. *Merkel* bestens für die Überlassung der Arbeit und des Aktenmaterials, wie für die Anleitung bei der Arbeit.

Literaturverzeichnis

1. *Benedek:* Beitrag zur außerordentlichen Brutalität der Selbstverstümmelung bei Geisteskranken. Archiv für Kriminologie 1926, Bd. 79, S. 46f.
2. *Böhmer:* Luftembolie bei oberflächlichem Halsschnitt. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1926, Bd. 7, S. 350f.
3. *Bumke:* Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1936.
4. *Canuto:* Zur Richtung der Schnittwunden am Hals. Wiener Beiträge zur gerichtlichen Medizin 1931, Bd. 11, S. 54f.
5. *Edenhofer:* Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des sogen. Automonosexualismus (Rohleder). Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1927, Bd. 9, S. 169f.
6. *Greggers:* Zur Diagnostik der Halsschnittwunden bei Tötung durch eigene oder fremde Hand. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1932, Bd. 19, S. 328f.
7. *Güterbock:* Die Verletzungen des Halses. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1873, Neue Folge, Bd. 19, S. 1f.
8. *Henke:* Selbstmord mittels Giletteklinge. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1930, Bd. 15, S. 246f.
9. *Hoche:* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 1934, 3. Auflage, Kap. X: Der freiwillige Tod, S. 351f.
10. *Hofmann-Haberda:* Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1927, 11. Auflage.
11. *Horstmann:* Zur Psychologie des Selbstmordes. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1922, Bd. 1, S. 453f.
12. *Keferstein:* Mord oder Selbstmord? Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1911, 3. Folge, Bd. 42, S. 32f.
13. *Kipper:* Zur Beurteilung von Halsschnittwunden. Ein Beitrag zur Frage Mord oder Selbstmord durch Halsschnitt. Archiv für Kriminologie 1926, Bd. 79, Heft 2, 3, S. 104f.
14. *König-Magnus:* Handbuch der Unfallheilkunde, Bd. 4, S. 247.
15. *Marx:* Zur Lehre vom Verblutungstode. Berliner klinische Wochenschrift 1907, S. 1223.
16. *Meixner:* Die Handlungsfähigkeit Schwerverletzter. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1931, Bd. 16, S. 150f.
17. *Merkel:* Kritisch kasuistische Bemerkungen über Messerverletzungen. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1928, Bd. 12, S. 137ff., insbesondere S. 143f. und S. 147f.

18. *Merkel-Renner:* Unfallverletzung durch Absturz oder Mordversuch durch Schläge auf den Schädel? Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1930, Bd. 15, S. 336f.

19. *Smith:* Two cases of suicidal cut-throat. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1927, Bd. 9, Ref., S. 637.

20. *F. Straßmann:* a) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1931, 2. Auflage.
b) Merkmale der behufs Vortäuschung fremden Angriffes bewirkten Selbstverletzungen. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1910, 3. Folge, Supplementheft Bd. 39, S. 3f.
c) Mord oder Selbstmord durch Halsschnitt. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1924, Bd. 2, S. 11f.

21. *Szigeti:* Ein Fall von Selbstmord durch Autoexstirpation des Kehlkopfes. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1896, 3. Folge, Bd. 12, S. 345f.

22. *Walecka:* Ein ungewöhnlicher Selbstmordfall durch Halsschnitt mit Herausschneiden zweier Kehlkopfstücke (Polnisch). Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1931, Bd. 16, Ref., S. 153.

23. *Zangger:* Medizin und Recht. Zürich 1920.

24. *Ziemke:* Über die Blutbesudelung des Täters bei Tötung durch Halsschnitt. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1921, 3. Folge, Bd. 61, S. 172f.

Lebenslauf

Als Sohn des Volksschullehrers Max Gutsche und seiner Ehefrau Paula, geb. Prettin, wurde ich am 27. Dezember 1913 in Erlenbusch in Schlesien geboren. Nach vierjähriger Volksschulvorbildung besuchte ich neun Jahre das humanistische Gymnasium in Schweidnitz. Nach Ablegung der Reifeprüfung leistete ich zunächst sechs Monate freiwilligen Arbeitsdienst und begann dann mein medizinisches Studium in Breslau, wo ich Anfang 1936 das Physikum bestand. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Kiel, Freiburg und München. Hier beendete ich im Juni 1939 das medizinische Staatsexamen. Das praktische Jahr leistete ich am Knappschaftskrankenhaus in Bleicherode am Harz ab. Zur Zeit bin ich Soldat.

Karlheinz Gutsche.